



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Joana Lourenço

Estudo da relação multidimensional entre severidade da dor, impacto nas atividades da vida diária e presença de fatores psicossociais desajustados, em indivíduos com dor lombar crónica.

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia- Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas
Relatório de Projeto de Investigação

Sob orientação do Professor Doutor
Eduardo Cruz

Novembro 2017

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo- Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazeta Cruz.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

A candidata,



(Joana Sofia Sousa Lourenço)

Setúbal, 14 de Novembro de 2017

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O orientador,

(Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, de de

*“Success is not final, failure is not fatal:
it is the courage to continue that counts.”*

— **Winston S. Churchill**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Eduardo Cruz, pela sua paciência, orientação, dedicação e por nunca me ter deixado desistir. É uma inspiração e esperança para os fisioterapeutas “juniores”, que têm a sorte de se cruzar consigo. Obrigada por tudo!

À minha família, por toda a força e coragem que me deram neste percurso. Ao meu pai por me mostrar todos os dias que o sucesso está sempre envolto em muito esforço pessoal e profissional. À minha mãe por me lembrar que, por mais dura que uma batalha seja, nunca devemos desistir nem baixar os braços. Ao meu irmão, que este meu momento de sucesso te lembre que, por mais longo e sofrido que um caminho possa ser, no final vale sempre a pena!

Ao Bruno, pela enorme paciência e compreensão para comigo. Obrigada por tudo, pelo carinho, amor, amizade, e por tantas vezes teres assegurado o meu bem estar físico e psicológico.

Aos meus amigos, pela compreensão das minhas ausências, silêncios, pelas palavras de alento e força. Em particular, à Carolina Caldeira que foi quase uma “co-orientadora” nestes últimos tempos. Obrigada amiga.

Aos meus colegas de mestrado, que partilharam comigo este percurso, sempre com espírito de união e interajuda, em particular à Petra Freitas, Margarida Ribeiro, Ana Semedo, Carolina Caldeira e Diogo Castelo Branco.

À minha querida Carolina Rodrigues por toda a amizade, ajuda, refeições quentinhas e paciência para os meus infinitos desabafos. Obrigada!

Aos meus companheiros do CrossFundão, que tiveram sempre uma palavra de carinho e ânimo para comigo perante as minhas inúmeras queixas durante os treinos.

À Clínica Médica Fátima Salvado, nas pessoas da Dr.^a Fátima Salvado, Dr.^a Sofia Martins e Dr. Jorge Pon por toda a compreensão, apoio e disponibilidade demonstrada, o meu muito obrigada.

E por fim, à minha estrelinha, que infelizmente não me pôde ver terminar mais uma etapa da minha vida, sei que estarias muito orgulhosa de mim. Todo este trabalho, dedico a ti, com o coração apertado de saudades.

RESUMO

Estudo da relação multidimensional entre severidade da dor, impacto nas atividades da vida diária e presença de fatores psicossociais desajustados, em indivíduos com dor lombar crónica.

Joana Lourenço; Eduardo Cruz

Introdução: A incapacidade funcional e/ou a interferência nas atividades da vida diária nos utentes com DLC tem sido associada à intensidade da dor. Recentemente, tem sido colocada a hipótese que maiores níveis de intensidade da dor e maiores limitações na capacidade de realizar as atividades da vida diária estão igualmente associados a fatores psicossociais (sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia). **Objetivo:** Caracterizar o impacto funcional e psicossocial da DLC, considerando os domínios recomendados pela *National Institute of Health Task force on Research Standards for Chronic Low Back Pain*, e explorar a relação destes domínios entre si, em utentes com DLC de origem não específica. Adicionalmente, investigar se quem reporta dor severa tem maior impacto nas atividades da vida diária e se isso se relaciona com fatores psicossociais. **Metodologia:** Amostra por conveniência de 120 utentes com DLC não específica, avaliados de forma transversal, aplicados o questionário sócio-demográfico e clínico, Escala Numérica da Dor (END) e *Quebec Back Pain Disability Scale*-portuguesa (QBPDS-PT). **Resultados:** Cerca de metade dos participantes referiram interferência da DLC nas atividades do dia-a-dia (40,0%, n=48), atividades em casa (45,0%, n=54) e tarefas domésticas (46,7%, n=56). Na participação social a interferência foi menor (29,2%, n=35). O valor médio de incapacidade funcional foi 32,38 ($\pm 17,42$) na QBPDS-PT. A intensidade média da dor foi de 5,01 ($\pm 2,34$) na END. 30,8% dos participantes apresentou sintomas depressivos, 37,5% apresentou catastrofização e 23,3% apresentou cinesiofobia. Verificaram-se correlações significativas ($p < 0,01$) entre as variáveis que definem o impacto da DLC (intensidade da dor e incapacidade funcional). A severidade da dor, catastrofização e sintomas depressivos associaram-se com a interferência nas atividades do dia-a-dia, atividades em casa, participação social e tarefas domésticas. A cinesiofobia apenas se associou com a interferência das atividades em casa. **Conclusão:** Uteses que reportam dor severa têm maior interferência nas atividades do dia-a-dia, atividades em casa, nas tarefas domésticas e na participação social, sendo que essa relação é moderada pela presença de fatores psicossociais, nomeadamente, a catastrofização e a presença de sintomas depressivos.

Palavras-chave: Dor Lombar Crónica; Impacto da Dor Lombar; Interferência da dor lombar crónica; Incapacidade Funcional; Depressão; Catastrofização; Cinesiofobia

ABSTRACT

Study of the multidimensional relationship between pain severity, impact on activities of daily living and the presence of misfit psychosocial factors in patients with chronic low back pain.

Joana Lourenço; Eduardo Cruz

Introduction: Functional disability and/or interference in activities of daily living in patients with CLBP has been associated to pain intensity. Newly, it has been hypothesized that higher levels of pain intensity and greater limitations in the ability to perform activities of daily living are associated to psychosocial factors (depressive symptoms, catastrophizing and kinesiophobia). **Aim:** Characterize the functional and psychosocial impact of CLBP considering the domains recommended by the National Institute of Health Task force on Research Standards for Chronic Low Back Pain and explore the relation between this domain, in patients with nonspecific CLBP. Additionally, investigate whether those who report severe pain have higher impact on activities of daily living and if this is related with psychosocial factors. **Methodology:** Convenience sample of 120 nonspecific CLBP patients, cross sectional assessed using Numeric Rating Scale (NRS) and Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS-PT). **Results:** About half of the participants reported CLBP interference in activities of daily living (40,0%, n=48), home activities (45,0%, n=54) and household tasks (46,7%, n=56). In social participation, the interference was minor (29,2%, n=35). The mean value for functional disability was 32,38 ($\pm 17,42$) in QBPDS-PT. Mean pain intensity was 5,01 ($\pm 2,34$) in NRS. 30,8% of the participants had depressive symptoms, 37,5% had catastrophizing, and 23,3% had kinesiophobia. There were significant correlations ($p < 0,01$) between the variables that defined the CLPD impact (pain intensity and functional disability). Severity of pain, catastrophizing and depressive symptoms were associated with interference in activities of daily living, home activities, social participation and household tasks. Kinesiophobia was only associated with interference with home activities. **Conclusions:** Patients who report severe pain have greater interference with activities of daily living, home activities and household tasks and social participation, this relation is moderated by the presence of psychosocial factors: catastrophizing and depressive symptoms.

KEYWORDS: Chronic Low Back Pain; Low Back Pain Impact; Chronic Low Back Pain Interference; Functional Disability; Depression; Catastrophizing; Kinesiophobia.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA.....	10
2.1. Tipo de Estudo.....	10
2.2. Instrumentos.....	11
2.3. Procedimentos de recolha de dados	13
2.4. Análise dos Dados	14
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	17
3.1. Caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes no estudo	17
3.2. Relação entre a dor e o estado funcional.....	20
3.3. Teste das hipóteses sobre a interferência nas atividades do dia-a-dia, severidade da dor e fatores psicossociais.....	21
4. DISCUSSÃO	40
5. CONCLUSÃO.....	48
6. BIBLIOGRAFIA	49
7. APÊNDICES	55

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é definida como a dor sentida na área da coluna que se estende desde a parte inferior das 12^{as} costelas até à região inferior das pregas glúteas, com ou sem dor irradiada para os membros inferiores (Airaksinen et al., 2006).

A DL é um problema de saúde major em todo o mundo (Hoy et al., 2012). A maioria das pessoas irá experienciar um ou mais episódios de DL nas suas vidas (Schaafsma, Anema, & van der Beek, 2015), sendo que em 80% dos casos, a condição tem prognóstico favorável independentemente do tipo de intervenção ou tratamento (Manchikanti, Singh, Datta, Cohen, & Hirsch, 2009). No entanto, cerca de 2-10% dos utentes com episódio de DL aguda (DLA) desenvolverão dor lombar crónica (DLC)/persistente (Allewa, Hudgins, Belous, & Kristin Origenes, 2016; Manchikanti et al., 2009).

A DL pode ser diagnosticada/classificada em uma de três categorias, sendo que duas delas se referem a condições específicas relacionadas com a DL (1- radiculopatia ou estenose do canal medular; 2 – associado a outra causa específica) e uma outra se refere a DL de origem não específica (Chou et al., 2007). Esta última categoria compreende as situações em que não se identificam sinais e sintomas de patologia ou causa específica, como compressão radicular, trauma, infeção, tumor, síndrome da cauda equina, estenose do canal medular, fratura vertebral ou espondilite anquilosante (Hush, Kamper, Stanton, Ostelo, & Refshauge, 2012; Verkerk et al., 2011). As alterações degenerativas são usualmente englobadas na DL de origem não específica devido à pobre correlação entre os achados imagiológicos e os sintomas (Chou et al., 2007).

A DL de origem não específica representa 85 a 90% de todas as DL, e é considerada crónica quando está presente há pelo menos 3 meses (Gouveia et al., 2015; Deyo et al., 2014; Chou et al., 2007) ou quando há presença de dor em pelo menos metade dos dias no últimos 6 meses (Deyo et al., 2014).

Considerando a dor crónica associada a condições de natureza músculo-esquelética, a DLC é a condição mais comum e com maior impacto clínico, social, económico e de saúde pública, estando associado a um elevado absentismo laboral (Delitto et al., 2012; Manchikanti et al., 2009).

A prevalência pontual de DLC na população portuguesa é de 10,4% (Gouveia et al., 2015). Esta condição é mais prevalente em mulheres, sendo cerca de 50% superior no género feminino (14,1%) do que no género masculino (6,3%) (Gouveia et al., 2015). Apesar da prevalência de DLC ser elevada durante a adolescência (Hoy et al., 2012), é na idade adulta (\pm 45 anos) que esta condição tem maior prevalência e impacto, uma vez que afeta a população em idade de produtividade laboral (Manchikanti et al., 2009). Isso resulta, em muitos casos, num maior impacto económico, familiar, laboral e societal (Hoy et al., 2012). Com o avançar da idade verifica-se um aumento do absentismo laboral e da duração dos sintomas (Manchikanti et al., 2009). Também o nível educacional está relacionado com a presença de DLC, sendo que a prevalência desta condição diminui com o aumento do nível educacional (Manchikanti et al., 2009). Em Portugal, 59,8% dos utentes com DLC apresenta baixo nível educacional e reside em pequenas localidades (<2000 habitantes) (Gouveia et al., 2015). A obesidade é outro fator que está associado com a DLC. Na população portuguesa, 68,7% dos utentes com DLC apresentam excesso de peso/obesidade (Gouveia et al., 2015). Ainda na população portuguesa, a DLC está relacionada com elevado consumo de recursos de saúde, com maior recurso aos cuidados de saúde primários e consultas de Ortopedia do que a restante população. Relativamente aos custos indiretos verifica-se que a reforma antecipada é significativamente mais elevada na população com DLC (Gouveia et al., 2015).

Globalmente os utentes com DLC tendem a reportar elevados níveis de incapacidade funcional (Gouveia et al., 2015; Manchikanti et al., 2009) e intensidade da dor (Manchikanti et al., 2009). A média de intensidade de dor em utentes com DLC ativa (DLC auto-reportada no dia da entrevista e que esteve presente na maior parte do tempo, durante pelo menos 90 dias) foi de 6 pontos na Escala Numérica da Dor de 0-10 (END), com as mulheres a reportarem níveis de dor mais elevados (END=6,2 \pm 2,53 vs. END=5,7 \pm 2,29) (Gouveia et al., 2015). Aproximadamente 98% dos utentes com DLC, quando inquiridos sobre os 12 meses precedentes, reportaram uma média de 233 dias com dor, 45,4 dias com incapacidade para a realização das atividades da vida diária, e 52,6% com limitações persistentes da mobilidade (Gouveia et al., 2015).

Tradicionalmente a incapacidade funcional e/ ou a interferência nas atividades do dia- a –dia, atividades em casa, nas tarefas domésticas e nas atividades sociais autoreportada por estes utentes tem sido associada à intensidade da dor (Meyer,

Tschopp, Sprott, & Mannion, 2009). Estudos realizados têm demonstrado que indivíduos com maior intensidade/ severidade da dor reportam maior incapacidade funcional. Por exemplo, sabe-se que utentes com intensidade de dor classificada como intensa ($END \geq 8$) apresentam maior prevalência de incapacidade funcional avaliada pelo *Oswestry Disability Index*¹ (ODI) (79,8%, razão de prevalência=1,94, $IC_{95\%}$ [1,44-2,62], $p < 0,001$) (Salvetti, Pimenta, Braga, & Correa, 2012). McGorry, Webster, Snook, & Hsiang, (2000) observaram também diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) com o grupo de utentes com elevados níveis de intensidade de dor ($END = 4,28 \pm 1,42$) a apresentar maior incapacidade social ($0,11 \pm 0,19$) e no trabalho ($0,10 \pm 0,19$) ($p < 0,001$) (avaliada através de questões definidas pelos autores do estudo), quando comparados a utentes com menor intensidade de dor ($END = 1,41 \pm 0,54$, Incapacidade social= $0,03 \pm 0,05$, Incapacidade no trabalho= $0,03 \pm 0,05$) (McGorry, Webster, Snook, & Hsiang, 2000). Também na população portuguesa com DLC, a intensidade da dor, avaliada pelo *Brief Pain Inventory*² encontra-se associada com a incapacidade funcional relacionada com a dor, avaliada pelo *Pain Disability Index*³ ($OR = 2,04$, $IC_{95\%}$ [1,42-2,94]) (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonca, Dias, & Castro-Lopes, 2012).

A dor (Escala Likert de 7 pontos) explica também a variação da incapacidade funcional (*Quebec Back Pain Disability Scale* - QBPDS), em dois modelos diferentes, com $\beta = 0,525$, $p < 0,01$ e $\beta = 0,502$, $p < 0,01$ (Huijnen, Verbunt, Roelofs, Goossens, & Peters, 2009). O estudo de Guclu et al. obteve resultados semelhantes, sendo que, quando a severidade da dor (Escala Visual Analógica - EVA) aumenta uma unidade, a incapacidade

¹ Instrumento para avaliação da incapacidade funcional provocada por dor lombar. É constituído por 10 itens, pontuados individualmente de 0-5, sendo que a pontuação final varia entre 0-50. O valor total pode ser multiplicado por 2, resultando na pontuação em percentagem. Pontuações mais elevadas indicam maior incapacidade (Chapman et al., 2011).

² Instrumento que avalia intensidade da dor e interferência da dor em 7 domínios do dia-a-dia: atividade, caminhar, humor, sono trabalho, relação interpessoal e satisfação. Cada questão é pontuada numa escala de 0-10. Pontuações mais elevadas indicam maior intensidade e interferência da dor (Tan, Jensen, Thornby, & Shanti, 2004).

³ Instrumento constituído por 7 itens, que avalia, numa escala numérica de 11 pontos, a incapacidade relacionada com a dor, de 0 (sem incapacidade) a 10 (incapacidade total). Pontuações mais elevadas estão associadas a maior incapacidade funcional relacionada com a dor (Chibnall & Tait, 1994).

funcional (*Roland and Morris Questionnaire - RMDQ*⁴) aumenta 0,080 unidades ($\beta=0,080$, $p<0,004$) (Guclu, Guclu, Ozaner, Senormanci, & Konkan, 2012).

No entanto, e mais recentemente, tem sido colocada a hipótese que maiores níveis de intensidade/ severidade da dor e maiores limitações na capacidade de realizar as atividades da vida diária estão também associados a fatores psicossociais, tais como a presença de depressão/ sintomas depressivos (Hung, Liu, & Fu, 2015), cinesiofobia e catastrofização (Woby, Roach, Urmston, & Watson, 2007), tendo sido reportadas associação fortes com os níveis de dor e incapacidade em utentes com DLC que recorrem a tratamento de fisioterapia.

Estes fatores psicossociais explicam a variação de 30% da intensidade da dor (após o controlo das variáveis demográficas), com a catastrofização a contribuir como fator preditivo da intensidade da dor ($\beta=0,21$; $p <0,002$). Da mesma forma, estes fatores explicam também a variação de 32% da incapacidade funcional (após controlo das variáveis demográficas) (total $r(2) = 0,61$), sendo que baixos níveis de depressão foram associados a baixos níveis de incapacidade funcional ($\beta=0,23$; $p<0,01$) (Woby et al., 2007).

A **depressão/ sintomas depressivos**, definida como uma doença ou estado de humor, é uma condição prevalente em utentes com DLC (Delitto et al., 2012), estimando-se que entre 18,0% a 32,1% dos utentes apresentem sintomas depressivos/depressão (Bener, Dafeeah, & Salem, 2015; Snekkevik, Eriksen, Tangen, Chalder, & Reme, 2014; Antunes et al., 2013), estando estes significativamente associados ($p<0,01$) ao género feminino (Sagheer, Khan, & Sharif, 2013). A depressão/sintomas depressivos parecem estar positiva e moderadamente, mas significativamente associados ao aumento da intensidade da dor ($r=0,49$; $p<0,05$) (Meyer et al., 2009). Quando comparados indivíduos com DLC com e sem depressão/ sintomas depressivos, os primeiros tendem a reportar intensidades de dor significativamente mais elevadas ($5,86 \pm 2,27$) comparativamente a indivíduos sem depressão/ sintomas depressivos ($4,34 \pm 2,20$) ($p<0,001$) (Tsuji, Matsudaira, Sato, & Vietri, 2016; Thomas et al., 2010).

A depressão/sintomas depressivos parece estar também positiva e moderadamente associada com a incapacidade funcional ($r=0,57$, $p<0,05$) (Meyer et al., 2009), com utentes

⁴ Instrumento composto por 24 itens, que avalia a incapacidade na realização das atividades do dia-a-dia, em utentes com DLC. A pontuação varia entre 0-24 pontos, sendo 0 sem incapacidade e 24 máxima incapacidade (Roland & Fairbank, 2000).

com diagnóstico de depressão major a apresentarem maior incapacidade quando comparado com aqueles sem depressão (44,9% vs. 22,7%, OR 2,77, 95% CI 1,43; 5,83, $p < 0,01$) (Hung et al., 2015). Também diversos estudos que correlacionaram as pontuações de instrumentos que medem depressão/sintomas depressivos e incapacidade encontraram valores moderados de correlação entre a *Hospital Anxiety and Depression Scale- subescala de depressão*⁵ (HADS-D) e o ODI, com $r=0,46$, para uma significância de $p < 0,01$ (Hung et al., 2015). Também a subescala de depressão da *Depression and Somatic Symptoms Scale*⁶ (DSSS) apresentou correlação com o ODI, com $r=0,41$, para uma significância de $p < 0,01$ (Hung et al., 2015).

Para além de associada com a incapacidade funcional em utentes com DLC, a presença de depressão/sintomas depressivos explica também a variação da incapacidade, com a HADS-D a relacionar-se com os instrumentos de avaliação de incapacidade, (ODI: $\beta = 0,37$; $t=6,74$; $p < 0,001$; Domínio da função física da *Short-Form 36*⁷ (SF-36): $\beta = -0,30$; $t = -4,97$; $p < 0,001$; Domínio do desempenho físico da SF-36: $\beta = -0,33$; $t = -5,41$; $p < 0,001$) (Hung et al., 2015).

Da mesma forma, a **catastrofização** da dor, definida como crenças negativas de que a dor irá, inevitavelmente, resultar nos piores resultados possíveis (Delitto et al., 2012), com os utentes a apresentar amplificação das experiências dolorosas, ruminação, sentimento de inutilidade e pessimismo relacionados com a dor (Delitto et al., 2012; Meyer et al., 2009), tem sido associada a maiores níveis de intensidade de dor e incapacidade auto-reportada (Verkerk et al., 2011). Mais especificamente, foram observados valores de correlação moderados entre a catastrofização e a incapacidade funcional ($r=0,54$; $p < 0,0019$, (Meyer et al., 2009), ($r=0,46$, $p=0,0008$, (Thomas et al., 2010).

Indivíduos com elevada incapacidade funcional (QBPDS= $51,7 \pm 15,6$) apresentam níveis de catastrofização elevados (PCS= $31,8 \pm 7,1$) (Verkerk et al., 2011). Quando

⁵ Instrumento de 14 itens, constituída pelas subescalas de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D). Cada item é pontuado por uma escala de do tipo Likert de 4 pontos (0-3) (Norton, Cosco, Doyle, Done, & Sacker, 2013; Smarr & Keefer, 2011). A pontuação total varia entre 0-42 pontos (21 para cada subescala). Valores mais elevados indicam maior severidade da ansiedade e depressão (Smarr & Keefer, 2011).

⁶ Instrumento composto por 22 itens, com duas subescalas – depressão (DS) com 12 itens e somática (SS) com 10 itens. A pontuação deste instrumento varia entre 0-66, com DS a variar entre 0-36 e SS entre 0-30 pontos (Hung, Weng, Su, & Liu, 2006).

⁷ Instrumento constituído por 36 itens, que avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). É composto por oito domínios: função física, limitação física, dor corporal, perceção geral de saúde, vitalidade, função social, limitação emocional e saúde mental. A pontuação varia entre 0 (pouca QVRS) e 100 (elevada QVRS) (Ware & Sherbourne, 1992).

comparados indivíduos com DLC com elevada e baixa incapacidade, observa-se que nos indivíduos com baixa incapacidade, a catastrofização, medida pela *Pain Cognition List* (PCL)⁸ (44,1±14,3), é significativamente menor ($p=0,050$) do que indivíduos com elevada incapacidade (PCL=53,0±9,9) (Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink, & Heuts, 1995).

Da mesma forma, a catastrofização associa-se de forma moderada e significativa com a intensidade da dor ($r=0,43$, $p<0,05$, (Meyer et al., 2009), ($r=0,51$, $p<0,01$, (Combs & Thorn, 2015). No entanto, e quando a associação é ajustada a outros fatores, a catastrofização não contribui de forma significativa nem para a incapacidade funcional ($\beta=0,058$, $p=0,593$) nem para a intensidade da dor ($\beta=-0,013$, $p=0,918$) (Meyer et al., 2009).

A presença de **cinesiofobia/ crenças de medo-evitamento do movimento**, definida como o medo excessivo, irracional e debilitante do movimento ou atividade física, resultante do sentimento de vulnerabilidade à ocorrência de dor ou recidiva de lesão (Vlaeyen et al., 1995) tem sido igualmente considerada um fator preditivo do desenvolvimento e manutenção da dor persistente e incapacitante em indivíduos com DL (Delitto et al., 2012). Estima-se que cerca de 70% dos utentes com DLC de origem não específica apresentam elevados níveis de cinesiofobia. Quando medida através da *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK)⁹ os valores médios encontrados são superiores a 37 pontos (valor definido para a presença de cinesiofobia na população com DLC (Lundberg et al., 2011), oscilando consoante os estudos entre um mínimo de 36,4±5,6 (Preuper et al., 2008), e um máximo de 43,8±10,19 (Lundberg et al., 2011), ou 46±9,50 pontos (Thomas et al., 2010).

Mais do que com a intensidade da dor, a cinesiofobia parece estar sobretudo associada com a incapacidade auto-reportada, com utentes com baixo nível de incapacidade a apresentarem valores de cinesiofobia (TSK=38,1±7,0) significativamente

⁸ Instrumento constituído por 77 itens, que tem como objetivo avaliar as crenças alteradas sobre a dor e auto-controlo. É constituída por 5 subescalas: Impacto da dor, Catastrofização, Eficácia, Aquiescência, e Confiança nos cuidados de saúde (J. W. S. Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren, & van Eek, 1995).

⁹ Instrumento formado por 17 itens, do tipo Likert de 4 pontos. A pontuação total é obtida através da inversão das pontuações individuais dos itens 4, 8, 12 e 16. A pontuação total varia entre 17 e 68. Uma pontuação mais elevada indica maiores níveis de cinesiofobia (Lundberg, Frennered, Hagg, & Styf, 2011).

inferiores ($p=0,022$) quando comparados com os valores reportados pelos utentes com elevada incapacidade ($TSK=44,3\pm 4,9$) (Vlaeyen et al., 1995).

Também diversos estudos que correlacionaram as pontuações de instrumentos que medem cinesiofobia e incapacidade encontraram correlações positivas e significativas, embora fracas a moderadas. Utentes com níveis moderados de cinesiofobia (35-50 pontos) (Trocoli & Botelho, 2016) tendem a apresentar níveis de incapacidade funcional elevados (média de $51,7\pm 15,6$ na QBPDS (Verkerk et al., 2011), com diversos estudos a observarem associações positivas fracas a moderadas entre a incapacidade funcional (medida pela) e a cinesiofobia (medida pela subescala de atividade física do *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* - FABQ¹⁰) ($r=0,314$; $p<0,008$), (Nava-Bringas et al., 2016); $r=0,52$; $p<0,05$ (Meyer et al., 2009). Também entre a TSK e o RMDQ se observaram valores de correlação significativos, entre fracas a moderados ($r=0,33$, $p<0,05$) (Preuper et al., 2008), ($r=0,49$, $p<0,01$) (Vlaeyen et al., 1995), ($r=0,49$, $p<0,001$) (Foster, Thomas, Bishop, Dunn, & Main, 2010). O mesmo foi observado entre a TSK e o ODI ($r=0,30$; $p<0,007$) (Lundberg et al., 2011), ($r=0,36$, $p<0,05$) (Koho, Aho, Watson, & Hurri, 2001), ($r=0,416$, $p=0,000$) (Altug et al., 2016). Altug et al. (2016) observaram também a correlação significativa e negativa entre a TSK e as subescalas do SF-36, nomeadamente saúde geral ($r=-0,333$, $p=0,000$), função física ($r=-0,486$, $p=0,000$), função social ($r=-0,447$, $p=0,000$), funções restringidas pela função física ($r=-0,374$, $p=0,000$) e dor física ($r=-0,406$, $p=0,000$).

Relativamente à associação entre a cinesiofobia e a dor, a literatura não é consensual (Wertli et al., 2014). Apesar da existência de estudos que observaram valores de correlação não significativos entre a cinesiofobia (medida pela TSK) e a intensidade da dor (EVA) ($r=0,225$, $p>0,05$) (Kernan & Rainville, 2007), noutros estudos têm sido reportadas correlações fracas a moderadas, mas significativas ($r=0,234$, $p=0,03$) (Nava-Bringas et al., 2016), ($r=0,43$, $p<0,01$) (Combs & Thorn, 2015), ($r=0,20$; $p<0,060$) (Lundberg et al., 2011), ($r=0,23$; $p<0,05$) (Meyer et al., 2009), ($r=0,41$, $p<0,05$) (Koho et al., 2001), ($r=0,25$, $p<0,01$) (Vlaeyen et al., 1995).

¹⁰ Instrumento constituído por duas subescalas: medo-evitamento relacionado com o trabalho (FABQw), 7 itens, com pontuação total que varia entre 0 e 42 pontos; e medo-evitamento relacionado com a atividade física (FABQa), 4 itens com pontuação total que varia entre 0 e 24 pontos (Staerkle et al., 2004).

Além da incapacidade funcional e dor, existem estudos que observaram associações entre as variáveis psicossociais, com valores de correlação forte, positivos e significativos entre a cinesiofobia (TSK), catastrofização [PCL-catastrofização ($r=0,58$, $p<0,001$) e CSQ-catastrofização (*Coping Strategies Questionnaire* – subescala de catastrofização) ($r=0,41$, $p<0,001$)] e depressão (BDI) ($r=0,50$, $p<0,001$) (Vlaeyen et al., 1995). Utentes com níveis baixos de cinesiofobia ($TSK\leq 37$) apresentam menores níveis de catastrofização comparativamente àqueles com valores mais altos ($TSK>37$) (PCL-catastrofização= $41,5\pm 11,9$ vs. $51,5\pm 12,6$, $p=0,038$) (Vlaeyen et al., 1995). É descrita também a associação entre a cinesiofobia (TSK) e a depressão (*Modified Zung Depression Questionnaire*), $r=0,60$, $p<0,01$ (Koho et al., 2001). Além disso, a catastrofização é preditiva e explica 17% da variância da cinesiofobia ($\beta=0,45$; $p\leq 0,05$) (Vlaeyen et al., 1995).

Os aspetos anteriormente focados ilustram o impacto da DLC em diferentes domínios da vida destes utentes. Com vista a melhorar a caracterização destes indivíduos foram produzidas recentemente pela *National Institute of Health (NIH) Task force on Research Standards for Chronic Low Back Pain* um conjunto de recomendações sobre os aspetos a avaliar para melhor descrever o impacto da DLC nestes utentes, e que deveriam fazer parte dos estudos clínicos acerca da DLC (Deyo et al., 2014). De acordo com estas recomendações, o impacto na vida dos utentes, definido pela intensidade da dor, interferência da dor nas atividades usuais e estado funcional, é essencial para conhecer diferentes estadios de severidade da condição e eventualmente estratificar indivíduos com DLC (Deyo et al., 2014). Para além dos domínios referidos as recomendações sugerem ainda a caracterização de outros aspetos frequentemente associados à cronicidade, nomeadamente a depressão, catastrofização e a cinesiofobia (Deyo et al., 2014). No seu conjunto, os domínios referidos são representativos da natureza multifactorial desta condição, permitindo assim caracterizar o impacto da condição no indivíduo (Deyo et al., 2014). No entanto e até à data, e do nosso conhecimento, estes aspetos têm sido estudados de forma isolada. Assim, o objetivo deste estudo foi o de caracterizar o impacto funcional e psicossocial desta condição, considerando os diferentes domínios sugeridos nas recomendações da NIH (Deyo et al., 2014), e explorar a relação destes diferentes domínios entre si, em utentes com DLC de origem não específica referidos para tratamento de fisioterapia. Adicionalmente pretendeu-se investigar se quem reporta dor severa tem maior impacto nas atividades da vida diária e se isso está relacionado com fatores psicossociais

(sintomas depressivos, catastrofização, cinesiofobia). Neste contexto, o impacto da condição nas atividades da vida diária, incluiu a interferência da condição (dor) nas atividades do dia- a –dia, atividades em casa, nas tarefas domésticas e nas atividades sociais. A intensidade da dor foi categorizada em dor mínima a moderada e dor severa. Os fatores psicológicos e comportamentais incluíram a presença de sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia.

Especificamente foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1. Determinar se os utentes que reportam dor severa têm maior probabilidade de reportar maior interferência nas atividades do dia- a –dia, e se isso se relaciona com a presença de sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia.

2. Determinar se os utentes que reportam dor severa têm maior probabilidade de reportar maior interferência nas atividades em casa, e se isso se relaciona com a presença de sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia.

3. Determinar se os utentes que reportam dor severa têm maior probabilidade de reportar maior interferência nas atividades sociais, e se isso se relaciona com a presença de sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia.

4. Determinar se os utentes que reportam dor severa têm maior probabilidade de reportar maior interferência nas tarefas domésticas, e se isso se relaciona com a presença de sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia.

A resposta a estas questões irá contribuir para um melhor conhecimento sobre a necessidade de estratificar os utentes segundo o impacto/interferência da DLC. Assim, será traçado o perfil dos utentes com DLC segundo o impacto desta condição, e adicionalmente será explorada qual a importância dos fatores psicossociais (sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia) no impacto da DLC nas atividades usuais, definidas pela *NIH Task force on Research Standards for Chronic Low Back Pain*.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo transversal, a partir de uma amostra não probabilística, selecionada por conveniência, constituída por 120 utentes diagnosticados com DLC não específica que recorreram a Clínicas de Fisioterapia e Serviços Medicina Física e de Reabilitação no período compreendido entre Outubro de 2015 a Novembro de 2016 em 16 serviços de Fisioterapia (4 IPSS, 4 clínicas privadas, 3 centros de saúde, 3 entidades particulares, 1 hospital, 1 clínica pedagógica) para tratamento de Fisioterapia. O presente estudo foi submetido para apreciação à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Após análise dos aspetos éticos relacionados com o estudo, a Comissão considerou cumpridos os requisitos necessários, confirmando a viabilidade do mesmo e autorizando a sua realização.

Após identificação e consulta dos processos clínicos, foram considerados elegíveis para participar no estudo todos os participantes diagnosticados com dor lombar, incluindo os códigos associados da International Classification of Diseases-10 (ICD-10), tais como, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar ("International Classification of Diseases," 2010), que reportassem dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores com duração há pelo menos 3 meses, ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses (Deyo et al., 2014), com idade compreendida entre 18 e 65 anos e que soubessem ler e escrever português europeu (a ausência destas capacidades impossibilita o preenchimento dos instrumentos necessários à recolha de dados). Foram excluídos os utentes com dor lombar associada a patologia específica, tais como infeção, tumor, osteoporose, fratura, deformidade estrutural, doença inflamatória (ex. Espondilite Anquilosante), que apresentassem sintomas de compressão radicular, cauda equina, doença sistémica e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006), e mulheres grávidas, uma vez que se sabe que as queixas de dor lombar/pavimento pélvico são frequentes durante a gestação.

Assumiu-se que a indicação para Fisioterapia incluiu a verificação de situações de contra-indicação ou situações de diagnóstico específico. Assim, considerou-se que todos os

potenciais participantes referenciados para Fisioterapia não possuíam os critérios de exclusão referidos.

Todos os indivíduos elegíveis foram convidados pelos investigadores/colaboradores a participar no estudo. De forma a obter-se uma autorização individual por parte de cada participante, no manual de recrutamento foi incluída uma carta explicativa do estudo, entregue a cada participante, em que foi referido o objetivo, riscos potenciais, vantagens, os procedimentos para garantir a confidencialidade/anonimato dos dados e quais os procedimentos de recolha de dados. Foi igualmente realizado um esclarecimento de todos os procedimentos de investigação, do direito dos participantes poderem recusar participar sem qualquer consequência, e da possibilidade de abandonar livremente o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação. Foi garantida a confidencialidade e anonimato de cada participante, sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral. No final, solicitou-se a cada participante que assinasse o formulário de consentimento informado.

Para garantir o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, toda a documentação recolhida foi codificada e tratada de forma anónima e confidencial. Esta informação foi incluída na carta explicativa e no formulário de consentimento informado, entregue a cada participante. Foi também assegurado que na apresentação dos resultados e na divulgação do estudo, o anonimato dos participantes manter-se-ia preservado, sem qualquer tipo de identificação individual, e no final do estudo os dados originais seriam destruídos.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica (Apêndice A) foi desenvolvido com base nas recomendações da “NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain” (Deyo et al. 2014), com o objetivo de realizar a caracterização sociodemográfica e clínicas dos participantes e o impacto da DLC, sendo este último definido por três construtos: interferência da dor, intensidade da dor e funcionalidade. Do ponto de vista sócio-demográfico, recolheram-se dados relativos à idade, género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. Os dados clínicos incluíram a caracterização da dor e medicação, dor noutras regiões anatómicas e frequência dos

sintomas. A interferência da dor foi avaliada através das 4 questões recomendadas pela NIH Task Force. As opções de resposta destas questões variavam entre 1 (nunca) e 5 (sempre) (Deyo et al. 2014). Além disso, foram incluídas as questões específicas relativas aos comportamentos, fatores psicológicos e impacto/severidade associados à DLC, incluindo questões sobre sintomas depressivos, catastrofização, cinesiofobia. Tal como nas questões referentes à interferência da dor, estas questões tinham 5 opções de resposta, variando entre 1 (nunca) e 5 (sempre).

2.2.2. Escala Numérica da Dor - END

A END é um instrumento de medida unidirecional, que avalia a intensidade da dor (Hawker, Mian, Kendzerska, & French, 2011; Salaffi, Stancati, Silvestri, Ciapetti, & Grassi, 2004). A versão mais comum deste instrumento é a END de 11 itens, apresentando-se num segmento numérico horizontal, com números inteiros de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima/pior dor que pode imaginar). O objetivo é que o utente identifique o número que melhor reflita a intensidade da sua dor (Ferreira-Valente, Pais-Ribeiro, & Jensen, 2011; Hawker et al., 2011; Pool, Ostelo, Hoving, Bouter, & de Vet, 2007; Salaffi et al., 2004). Este instrumento pode ser administrado verbalmente ou graficamente, através de autopreenchimento. É de fácil aplicação e pontuação, demorando menos de um minuto a completar (Hawker et al., 2011).

Em termos de propriedades psicométricas, a END apresenta elevada fiabilidade teste-reteste, em utentes com artrite reumatoide, tanto em utentes alfabetizados como analfabetos ($r= 0,96$ e $0,95$, respetivamente). Relativamente à validade de construto, a END mostrou uma elevada correção com a EVA em utentes com artrite reumatoide e outras condições de dor crónica (dor > 6 meses), com valores de correlação de $0,86$ a $0,95$ (Hawker et al., 2011).

Para testar o impacto da intensidade da dor nas atividades da vida diária, e explorar a relação com os fatores psicológicos e comportamentais, categorizou-se a END em ligeira/mínima e moderada (1-6) e dor severa (7-10) (Boonstra et al., 2016; Jensen, Smith, Ehde, & Robinsin, 2001; Serlin, Mendoza, Nakamura, Edwards, & Cleeland, 1995).

2.2.3. Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS-PT)

A QBPDS é um instrumento de auto-reporte que tem como objetivo avaliar a incapacidade funcional em utentes com DL. É constituído por 20 questões relativas ao grau de dificuldade que os utentes sentem na realização de atividades funcionais específicas. Cada questão é pontuada de 0 (sem nenhuma dificuldade) a 5 (incapaz de fazer). O valor total da pontuação da QBPDS pode variar entre 0 e 100, com valores mais elevados a indicar maior nível de incapacidade funcional relacionada com a DL (Kopec et al., 1995). Valores da QBPDS compreendidos entre 0 e 30 indicam um nível de incapacidade funcional baixa e pontuações acima dos 50 indicam um nível de incapacidade funcional significativo (Reneman, Jorritsma, Schellekens, & Goeken, 2002).

A QBPDS encontra-se adaptada e validada para a Língua Portuguesa/Português Europeu, tendo sido testada a validade de construto (validade convergente e discriminante) e a fiabilidade - teste-reteste e consistência interna. Este instrumento apresenta boa consistência interna (α de Cronbach = 0,95) e fiabilidade teste-reteste ($ICC_{2,1}=0,696$; intervalo de confiança de 95%, 0,581-0,783), sendo considerado um instrumento válido (validade convergente com o RMDQ de $\rho = 0,62$; $P < 0,001$ e com a VAS de $\rho = 0,38$; $p < 0,001$; validade discriminante: $U = 1218$; $P < 0,0005$) para avaliar a incapacidade funcional associada à DL na população portuguesa (Cruz et al., 2013).

2.3. Procedimentos de recolha de dados

De forma a garantir que os dados foram recolhidos da mesma forma por todos os fisioterapeutas colaboradores envolvidos no processo, foi entregue a cada um o Dossier de Recolha de Dados, em que constaram os seguintes documentos: 1) Manual de Recrutamento de participantes no estudo e 2) Caderno de Instrumentos. No Manual de Recrutamento foram incluídas indicações específicas sobre as características de seleção dos participantes, através da verificação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como a Carta Convite do Estudo, o Consentimento Informado, e instruções destinadas aos participantes. No Caderno de Instrumentos constaram os instrumentos e instruções para a sua aplicação.

Foi realizada uma reunião presencial com os fisioterapeutas colaborantes, em que os documentos contidos no Dossier de Recolha de Dados foram detalhadamente apresentados, e as dúvidas sobre os procedimentos de identificação dos participantes e recolha dos dados devidamente esclarecidas. O contacto da investigadora foi facultado aos colaboradores, de modo a que estes pudessem contactá-la, caso surgissem novas dúvidas.

2.4. Análise dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao software *IBM SPSS Statistics* (versão 23.0.0 para Mac OS X).

Com o objetivo de caracterizar o impacto da condição de DLC, os aspetos sociodemográficos e clínicos dos participantes no estudo, interferência da dor, severidade da condição, comportamentos e fatores psicológicos associados à dor, foram analisados com recurso à estatística descritiva, através da distribuição de frequências para variáveis nominais e ordinais, e medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvio padrão e intervalos máximos e mínimos) para variáveis numéricas. Posteriormente, e para testar a associação entre a intensidade e a incapacidade funcional (variáveis contínuas), foi primeiro verificada a normalidade na distribuição dos dados através do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que os dados apresentaram uma distribuição não normal, e tratando-se de variáveis contínuas, selecionou-se a correlação de *Spearman* para analisar as associações entre as variáveis (Marôco, 2011; Pereira, 2008). Sugere-se, por convenção, que $r < 0,2$ indica uma associação muito baixa; entre (0,2; 0,39) baixa; entre (0,40; 0,69) moderada; entre (0,70; 0,89) elevada; e por fim entre (0,9; 1) uma associação muito elevada (Pestana & Gageiro, 2003). Para os testes efetuados foi estabelecido o limite inferior de significância de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%), tendo-se rejeitado a hipótese nula quando a probabilidade de significância do teste (*p-value*) foi inferior a este valor.

Para melhor compreender a relação entre o conjunto de variáveis de interesse recorreu-se ao modelo de análise estatística log-linear. A análise log linear é uma técnica estatística que permite ajudar a compreender associações entre variáveis qualitativas, organizadas em tabelas de contingência multidimensionais. Este tipo de modelo de análise

permite testar hipóteses de moderação, independência parcial ou independência total entre as variáveis de estudo (Marôco, 2011).

Nos modelos log-linear todas as variáveis são assumidas como variável de “resposta”, não existindo distinção entre variáveis dependentes e variáveis independentes. Assim, são apenas testadas as associações entre variáveis, podendo demonstrar-se se essa associação é ou não estatisticamente significativa (Marôco, 2011).

Com esta análise pretendeu-se obter o modelo mais parcimonioso. Uma vez que era, a priori, desconhecido o modelo mais parcimonioso, ou seja, o mais adequado para explicar as frequências observadas nas classes de cada variável, recorreremos ao modelo log-linear hierárquico. Através da estratégia de eliminação *backward*, é possível eliminar parâmetros do modelo saturado, até obter o modelo mais parcimonioso. Tal como noutras análises semelhantes, há vários modelos possíveis que se ajustam aos dados sendo que, o que se pretendeu neste estudo, foi identificar a solução mais simples. Isto significou identificar o número de interações¹¹ que podem ser retiradas do modelo, sem que este deixe de fornecer uma síntese adequada do modelo completo, ou seja, do modelo saturado. Através da análise estatística, recorrendo ao software SPSS, é possível testar as interações de ordem mais elevada e continuando para as de ordem mais baixa, removendo as interações que, quando retiradas, não afetam significativamente o modelo. Adicionalmente, as regras do modelo hierárquico não são violadas. (Marôco, 2011).

Para isto, foram realizadas duas etapas: 1) Seleção do modelo hierárquico Log-linear e 2) Teste do modelo log-linear selecionado, através de análise log-linear geral, em que foram avaliados o ajustamento dos dados e a estimativa dos parâmetros do modelo (Marôco, 2011). Todos os modelos selecionados após a análise log-linear hierárquica (estratégia de eliminação *backward*) foram avaliados quanto às condições necessárias para que este tipo de modelação/teste possa ser utilizado (i.e. todas as células terem um valor superior a 1 e 80% das células terem um valor superior a 5; Não existirem *outliers*; os dados apresentarem uma distribuição normais), e quanto ao seu ajustamento e estimativa dos parâmetros principais (Marôco, 2011).

¹¹ No modelo de regressão, o termo de interação significativa indica que a resposta varia em função da combinação de X e Y, ou seja, alterações na resposta em função de X requer a especificação de Y para explicar essa alteração. (Isto implica que X e Y não são independentes).

Assim, de forma geral, neste estudo pretendeu-se estudar a associação de 2 variáveis e introduzir uma nova variável que pensamos **ter um efeito nessa associação**.

Assim, neste estudo foram explorados 12 modelos hierárquicos, em que se considerou sempre a interferência/impacto da DLC nas diferentes variáveis de estudo, avaliado pela interferência nas atividades da vida diária, nas atividades em casa, na realização de tarefas domésticas e na participação social do indivíduo. Desta forma, a interferência/impacto da DLC está associada com 1) a maior/menor severidade da dor; 2) Presença/ausência de fatores psicossociais (sintomas depressivos/ catastrofização/ cinesiofobia).

Para testar a interferência/impacto da intensidade da dor nas atividades da vida diária, nas atividades em casa, na realização de tarefas domésticas e na participação social do indivíduo e explorar a sua relação com os fatores psicológicos e comportamentais, categorizou-se a END em mínima a moderada (1-6) e severa (7-10) (Boonstra et al., 2016; Jensen et al., 2001; Serlin et al., 1995). A interferência da dor (nas atividades da vida diária, nas atividades em casa, na realização de tarefas domésticas e na participação social do indivíduo) foram categorizadas em variáveis dicotômicas, com 1=[nada ou um pouco] e 2=[um tanto a bastante].

Relativamente aos sintomas depressivos, estes foram avaliados por uma questão com 5 opções de resposta (nunca a sempre). Para esta análise esta variável foram dicotomizadas em “Não apresentar sintomas depressivos”=[“nunca” e “raramente”] e “Apresentar sintomas depressivos”=[“às vezes” a “sempre”].

A catastrofização foi avaliada através de uma questão dicotomizada (“sim”/“não”), sendo a opção “sim” correspondente à presença deste factor psicossocial. A cinesiofobia foi categorizada em variável dicotómica, com “sem presença de cinesiofobia”=[“discordo plenamente” e “discordo”] e “presença de cinesiofobia”=[“concordo” e “concordo plenamente”].

O valor de significância considerado para estes modelos foi de $p < 0,05$.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes no estudo

A amostra deste estudo foi constituída por 120 participantes com DLC, sendo 12,5% (n=15) do género masculino e 87,5% (n=105) do género feminino. A média de idades foi de 46,44 (\pm 11,17), com idades a variar entre 18 e 64 anos. A maioria dos participantes apresentava excesso de peso (56,7%, n=68). As restantes características sociodemográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização Sócio- Demográfica e Clínica dos participantes no estudo.

Caracterização Sócio-demográfica e Clínica da amostra (n=120)	
Idade (média \pm desvio padrão) (anos)	46,44 \pm 11,17
Género	
Masculino	12,5% (15)
Feminino	87,5% (105)
IMC (média \pm desvio padrão) (kg/m ²) ¹²	26,48 \pm 4,52
Baixo Peso	0,8% (1)
Peso Normal	42,5% (51)
Excesso de Peso/Obesidade	56,7% (68)
Estado Civil	
Vive sozinho	29,2% (35)
Vive Acompanhado	70,8% (85)
Habilitações Literárias	
Ensino Primário e Básico	47,5% (57)
Ensino Secundário e Superior	52,5% (63)
Situação Profissional Atual	
A trabalhar	86,6% (103)
A não trabalhar	13,4% (16)

Relativamente à interferência da dor nas atividades funcionais, quase metade dos participantes referem interferência da DLC nas atividades do dia-a-dia (40,0%, n=48), atividades em casa (45,0%, n=54) e tarefas domésticas (46,7%, n=56). Apenas na

¹² Classificação da OMS ("World Health Organization,")

participação social é reportado um nível de interferência menor, em apenas 29,2% dos participantes, n=35 (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da interferência da DLC nos participantes do estudo

Interferência da dor (n=120)	
Atividades do dia-a-dia	
Nada ou um pouco	60,0 % (72)
Um tanto a bastante	40,0 % (48)
Atividades em casa	
Nada ou um pouco	55,0 % (66)
Um tanto a bastante	45,0 % (54)
Participação Social	
Nada ou um pouco	70,8 % (85)
Um tanto a bastante	29,2 % (35)
Tarefas Domésticas	
Nada ou um pouco	53,3 % (64)
Um tanto a bastante	46,7 % (56)

Quanto à incapacidade funcional, avaliada através da QBPDS-PT, o valor médio foi de 32,38 ($\pm 17,42$), com 49,2% (n=59) a reportarem incapacidade funcional baixa, 34,2% (n=41) moderada e 16,7% (n=20) incapacidade funcional elevada (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da incapacidade funcional dos participantes do estudo

Funcionalidade – QBPDS-PT (n=120)	
Média (\pm DP)	32,38 ($\pm 17,42$)
Máximo	3
Mínimo	80
Níveis de Incapacidade	
Incapacidade funcional baixa	49,2 % (59)
Incapacidade funcional moderada	34,2 % (41)
Incapacidade funcional elevada	16,7 % (20)

Relativamente às características clínicas, a intensidade média da dor reportada foi de 5,01 ($\pm 2,34$), com a maioria dos utentes a reportar dor mínima e moderada (70,8%, n=85), dor há mais de 24 meses (65,8%, n=79), dor com irradiação para os membros

inferiores (70,8%, n=85), e a reportar não tomar medicação para o alívio da dor (60,0%, n=72) (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização Clínica dos participantes no estudo.

Caracterização Clínica da amostra (n=120)	
Intensidade da Dor – END	
Média ± Desvio Padrão	5,01 ± 2,34
Máximo- Mínimo	10-1
Intensidade da Dor – END	
Dor mínima e moderada	70,8% (85)
Dor severa	29,2% (35)
Duração da DLC	
Menos de 24 meses	34,2% (41)
3-6 Meses	10,8% (13)
6-12 Meses	18,3% (22)
12-24 Meses	5% (6)
Mais de 24 Meses	65,8% (79)
Irradiação para o(s) membro(s) inferior(es)	
Sim	70,8% (85)
Não	29,2% (35)
Medicação para alívio da DLC	
Sim	40,0% (48)
Não	60,0% (72)

Relativamente à presença de sintomas depressivos, 30,8% (n=37) dos participantes reportou sentimento de depressão, 17,5% (n=21) sentimento de inutilidade, 22,5% (n=27) sentimento de desamparo e 25,0% (n=30) sentiu-se sem esperança.

Quanto aos níveis de catastrofização, 37,5%, (n=45) dos participantes considerando que “as suas costas estavam cada vez piores e que não iriam melhorar”. Já no que diz respeito à cinesiofobia, apenas 23,3% (n=28) dos participantes apresentou elevadas crenças de medo-evitamento, concordando ou concordando plenamente com a afirmação “Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa” (Tabela 5).

Tabela 5 –Caracterização da presença de fatores psicossociais nos participantes do estudo

Sintomas Depressivos (n=120)	
Sentimento de Depressão	
Não apresenta	69,2% (83)
Apresenta	30,8% (37)
Sentimento de Inutilidade	
Não apresenta	82,5% (99)
Apresenta	17,5% (21)
Sentimento de Desamparo	
Não apresenta	77,5% (93)
Apresenta	22,5% (27)
Sem Esperança	
Não apresenta	75,0% (90)
Apresenta	25,0% (30)
Catastrofização	
Crenças negativa sobre a melhoria da DLC “Sinto que as minhas costas estão cada vez piores e nunca vão melhorar”	
Sim	37,5% (45)
Não	62,5% (75)
Cinesiofobia (Medo-Evitamento do Movimento)	
“Não é seguro ser fisicamente ativo”	
Sem Cinesiofobia	76,7% (92)
Com Cinesiofobia	23,3% (28)

3.2. Relação entre a dor e o estado funcional

Na Tabela 6 estão apresentadas as correlações entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional. Os resultados da correlação de *Spearman* mostram uma associação moderada e estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre estas variáveis. Assim, os utentes com maior intensidade da dor tendem a reportar maior incapacidade funcional.

Tabela 6 - Correlação entre as variáveis do impacto da DLC (n=120)

	Incapacidade funcional – QBPDS-PT
Intensidade da dor - END	0,573**

Coeficiente de Correlação de Spearman; p – nível de significância; ** significância para $p < 0,01$.

3.3. Teste das hipóteses sobre a interferência nas atividades do dia-a-dia, severidade da dor e fatores psicossociais

1. Relação entre a interferência nas atividades do dia- a –dia, dor severa, e presença de sintomas depressivos

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades do dia-a-dia, e interferência nas atividades do dia-a-dia* presença de sintomas depressivos, e severidade da dor*presença de sintomas depressivos (Tabela 7).

Tabela 7 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades do dia-a-dia, dor severa, e sintomas depressivos

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui- quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações	
0	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor*Depressão	,000	0	.	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor*Depressão	,218	1	,640	4
1	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, AVD*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	,218	1	,640	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor	7,314	1	,007	2
	2	AVD*Depressão	4,261	1	,039	2
	3	SeveridadeDor*Depressão	17,745	1	,000	2
2	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, AVD*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	,218	1	,640	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 0,218$, $p = 0,641$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AVD*SeveridadeDor	1	7,314	,007	2
AVD*Depressão	1	4,261	,039	2
SeveridadeDor*Depressão	1	17,745	,000	2
AVD	1	4,833	,028	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Depressão	1	18,093	,000	2

Considerando os resultados obtidos, concluiu-se que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 7,314$, $p=0,007$) e os sintomas depressivos ($\chi^2(1) = 4,261$, $p=0,039$) estão significativamente associados com a interferência nas atividades do dia-a-dia, sendo que neste caso a severidade da dor parece ter maior efeito do que a depressão ($\chi^2(1) = 17,745$, $p=0,000$).

2. Relação entre a interferência nas atividades do dia- a –dia, dor severa, e a presença de catastrofização

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades do dia- a- dia, interferência nas atividades do dia- a- dia* catastrofização, e catastrofização * severidade da dor (Tabela 9).

Tabela 9 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades do dia-a-dia, dor severa, e catastrofização

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui- quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações	
0	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor*Catastrofização	,000	0	.	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor*Catastrofização	1,963	1	,161	4
1	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, AVD*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,963	1	,161	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor	8,943	1	,003	2
	2	AVD*Catastrofização	10,226	1	,001	2
	3	SeveridadeDor*Catastrofização	5,514	1	,019	2
2	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, AVD*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,963	1	,161	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo selecionado apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,963$, $p = 0,161$, sendo portanto um modelo bem ajustado aos dados. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AVD*SeveridadeDor	1	8,943	,003	2
AVD*Catastrofização	1	10,226	,001	2
SeveridadeDor*Catastrofização	1	5,514	,019	2
AVD	1	4,833	,028	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Catastrofização	1	7,580	,006	2

Considerando os resultados obtidos relativas às associações parciais deste modelo, concluiu-se que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 8,943, p=0,003$) e a catastrofização ($\chi^2(1) = 10,226, p=0,001$) estão significativamente associadas com a interferência nas atividades do dia-a-dia, sendo que neste caso a catastrofização parece ter maior efeito.

3. Relação entre a interferência nas atividades do dia-a-dia, dor severa, e presença de cinesiofobia

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e duas associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades do dia-a-dia, e severidade da dor*cinesiofobia (Tabela 11).

Tabela 11 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades do dia-a-dia, dor severa, e cinesiofobia

Resumo da etapa

Etapa ^a		Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor*Cinesiofobia	,000	0	.	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor*Cinesiofobia	,023	1	,880	4
1	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, AVD*Cinesiofobia, SeveridadeDor*Cinesiofobia	,023	1	,880	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor	12,062	1	,001	2
	2 excluído	AVD*Cinesiofobia	1,717	1	,190	2
	3 excluído	SeveridadeDor*Cinesiofobia	8,207	1	,004	2
2	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,740	2	,419	
	Efeito 1 excluído	AVD*SeveridadeDor	16,771	1	,000	2
	2 excluído	SeveridadeDor*Cinesiofobia	12,917	1	,000	2
3	Classe Geradora ^b	AVD*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,740	2	,419	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(2) = 1,740, p = 0,419$, sendo portanto um modelo bem ajustado aos dados. As tabelas referentes à análise de ajuste deste

modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os raios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AVD*SeveridadeDor	1	12,062	,001	2
AVD*Cinesiofobia	1	1,717	,190	2
SeveridadeDor*Cinesiofobia	1	8,207	,004	2
AVD	1	4,833	,028	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Cinesiofobia	1	35,970	,000	2

Considerando os resultados obtidos, concluiu-se que apenas a severidade da dor está significativamente associada com a interferência nas atividades do dia-a-dia ($\chi^2(1) = 12,062$, $p=0,001$), e está também significativamente associada com a presença de cinesiofobia ($\chi^2(1) = 8,207$, $p=0,004$). No entanto, não se verifica nenhuma relação significativa entre a cinesiofobia e as atividades do dia-a-dia ($\chi^2(1) = 1,171$, $p=0,190$).

4. Relação entre a interferência nas atividades casa, dor severa, e presença de sintomas depressivos

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades em casa, severidade da dor * sintomas depressivos, e interferência nas atividades em casa * sintomas depressivos (Tabela 13).

Tabela 13- Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades em casa, dor severa, e sintomas depressivos

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui- quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações	
0	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor*Depressão	,000	0	.	
	Efeito 1 excluído	AtivCasa*SeveridadeDor*Depressão	3,288	1	,070	4
1	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	3,288	1	,070	
	Efeito 1 excluído	AtivCasa*SeveridadeDor	8,471	1	,004	2
	2	AtivCasa*Depressão	8,110	1	,004	2
	3	SeveridadeDor*Depressão	14,412	1	,000	2
2	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	3,288	1	,070	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 3,288$, $p = 0,70$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Associações parciais

Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AtivCasa*SeveridadeDor	1	8,471	,004	2
AtivCasa*Depressão	1	8,110	,004	2
SeveridadeDor*Depressão	1	14,412	,000	2
AtivCasa	1	1,202	,273	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Depressão	1	18,093	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 8,471, p=0,004$) e os sintomas depressivos ($\chi^2(1) = 8,110, p=0,004$) estão significativamente associados com a interferência nas atividades em casa, com a intensidade da dor a apresentar ligeiramente mais efeito sobre o modelo que a depressão ($\chi^2(1) = 8,471, p=0,004$).

5. Relação entre a interferência nas atividades em casa, dor severa, e presença de catastrofização

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades em casa, severidade da dor * catastrofização, e interferência nas atividades em casa * catastrofização (Tabela 15).

Tabela 15 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades em casa, dor severa, e catastrofização

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações	
0	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor*Catastrofização	,000	0	.	
	Efeito excluído 1	AtivCasa*SeveridadeDor*Catastrofização	,022	1	,882	4
1	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	,022	1	,882	
	Efeito excluído 1	AtivCasa*SeveridadeDor	12,938	1	,000	2
	2	AtivCasa*Catastrofização	8,571	1	,003	2
	3	SeveridadeDor*Catastrofização	5,019	1	,025	2
2	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	,022	1	,882	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 0,022, p = 0,882$, mostrando que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de

ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 – Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AtivCasa*SeveridadeDor	1	12,938	,000	2
AtivCasa*Catastrofização	1	8,571	,003	2
SeveridadeDor*Catastrofização	1	5,019	,025	2
AtivCasa	1	1,202	,273	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Catastrofização	1	7,580	,006	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 12,938, p=0,000$) e a catastrofização ($\chi^2(1) = 8,571, p=0,003$) estão significativamente associadas com a interferência nas atividades em casa, sendo a intensidade da dor o fator com mais peso na associação ($\chi^2(1) = 12,938, p=0,000$).

6. Relação entre a interferência nas atividades casa, dor severa, e presença de cinesiofobia

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas atividades em casa, severidade da dor * cinesiofobia, e interferência nas atividades em casa * cinesiofobia (Tabela 17).

Tabela 17 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas atividades em casa, dor severa, e cinesiofobia

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações	
0	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor*Cinesiofobia	,000	0	.	
	Efeito 1 excluído	AtivCasa*SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,066	1	,302	4
1	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Cinesiofobia, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,066	1	,302	
	Efeito 1 excluído	AtivCasa*SeveridadeDor	13,782	1	,000	2
	2	AtivCasa*Cinesiofobia	6,094	1	,014	2
	3	SeveridadeDor*Cinesiofobia	5,438	1	,020	2
2	Classe Geradora ^b	AtivCasa*SeveridadeDor, AtivCasa*Cinesiofobia, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,066	1	,302	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,066$, $p = 0,302$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Associações parciais

Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
AtivCasa*SeveridadeDor	1	13,782	,000	2
AtivCasa*Cinesiofobia	1	6,094	,014	2
SeveridadeDor*Cinesiofobia	1	5,438	,020	2
AtivCasa	1	1,202	,273	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Cinesiofobia	1	35,970	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 13,782, p=0,000$) e a cinesiofobia ($\chi^2(1) = 6,094, p=0,014$) estão significativamente associadas com a interferência nas atividades em casa, sendo a severidade da dor o fator que mais fortemente se associa à interferência das atividades em casa ($\chi^2(1) = 13,782, p=0,000$).

7. Relação entre a interferência na participação social, dor severa, e presença de sintomas depressivos

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * participação social, severidade da dor * sintomas depressivos, e participação social * sintomas depressivos (Tabela 19).

Tabela 19 - Modelo hierárquico da relação entre interferência na participação social, dor severa, e sintomas depressivos

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor*Depressão	,000	0	.	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor*Depressão	1,397	1	,237	4
1 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, ParticipSocial*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	1,397	1	,237	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor	4,062	1	,044	2
2	ParticipSocial*Depressão	8,603	1	,003	2
3	SeveridadeDor*Depressão	16,875	1	,000	2
2 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, ParticipSocial*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	1,397	1	,237	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,397, p = 0,237$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste

deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
ParticipSocial*SeveridadeDor	1	4,062	,044	2
ParticipSocial*Depressão	1	8,603	,003	2
SeveridadeDor*Depressão	1	16,875	,000	2
ParticipSocial	1	21,482	,000	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Depressão	1	18,093	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 4,062, p=0,044$) e os sintomas depressivos ($\chi^2(1) = 8,603, p=0,003$) estão significativamente associados com a interferência na participação social, sendo que os sintomas depressivos apresentam maior efeito sobre a participação social ($\chi^2(1) = 8,603, p=0,003$).

8. Relação entre a interferência na participação social, dor severa, e presença de catastrofização

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência na participação social, severidade da dor * catastrofização, e interferência na participação social * catastrofização (Tabela 21).

Tabela 21 - Modelo hierárquico da relação entre interferência na participação social, dor severa, e catastrofização

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor*Catastrofização	,000	0	.	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor*Catastrofização	1,610	1	,204	4
1 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, ParticipSocial*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,610	1	,204	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor	7,243	1	,007	2
2	ParticipSocial*Catastrofização	9,416	1	,002	2
3	SeveridadeDor*Catastrofização	6,196	1	,013	2
2 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, ParticipSocial*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,610	1	,204	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,610$, $p = 0,204$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 22.

Tabela 22 – Associações parciais

Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
ParticipSocial*SeveridadeDor	1	7,243	,007	2
ParticipSocial*Catastrofização	1	9,416	,002	2
SeveridadeDor*Catastrofização	1	6,196	,013	2
ParticipSocial	1	21,482	,000	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Catastrofização	1	7,580	,006	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 7,243, p=0,007$) e a catastrofização ($\chi^2(1) = 9,416, p=0,002$) estão significativamente associadas com a interferência na participação social, sendo que neste caso a catastrofização tem um efeito maior ($\chi^2(1) = 9,416, p=0,002$).

9. Relação entre a interferência na participação social, dor severa, e presença de cinesiofobia

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e duas associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência na participação social, severidade da dor * cinesiofobia (Tabela 23).

Tabela 13 - Modelo hierárquico da relação entre interferência na participação social, dor severa, e cinesiofobia

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor*Cinesiofobia	,000	0	.	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,988	1	,159	4
1 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, ParticipSocial*Cinesiofobia, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,988	1	,159	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor	12,646	1	,000	2
2	ParticipSocial*Cinesiofobia	,000	1	,983	2
3	SeveridadeDor*Cinesiofobia	11,174	1	,001	2
2 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,989	2	,370	
Efeito 1 excluído	ParticipSocial*SeveridadeDor	14,389	1	,000	2
2	SeveridadeDor*Cinesiofobia	12,917	1	,000	2
3 Classe Geradora ^b	ParticipSocial*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	1,989	2	,370	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(2) = 1,989, p = 0,370$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste

deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 - Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
ParticipSocial*SeveridadeDor	1	12,646	,000	2
ParticipSocial*Cinesiofobia	1	,000	,983	2
SeveridadeDor*Cinesiofobia	1	11,174	,001	2
ParticipSocial	1	21,482	,000	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Cinesiofobia	1	35,970	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor está significativamente associada com a interferência na participação social ($\chi^2(1) = 12,646, p=0,000$), mas que o mesmo não se verifica entre a cinesiofobia e a participação social ($\chi^2(1) = 0,000, p=0,983$).

10. Relação entre a interferência na realização de tarefas domésticas, dor severa, e presença de sintomas depressivos

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas tarefas domésticas, severidade da dor * sintomas depressivos, e interferência nas tarefas domésticas * sintomas depressivos (Tabela 25).

Tabela 25 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas tarefas domésticas, dor severa, e sintomas depressivos

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Depressão	,000	0	.	
Efeito 1 excluído	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Depressão	1,706	1	,192	4
1 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, Tarefas_Domésticas*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	1,706	1	,192	
Efeito 1 excluído	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	8,634	1	,003	2
Efeito 2 excluído	Tarefas_Domésticas*Depressão	4,775	1	,029	2
Efeito 3 excluído	SeveridadeDor*Depressão	16,751	1	,000	2
2 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, Tarefas_Domésticas*Depressão, SeveridadeDor*Depressão	1,706	1	,192	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,706$, $p = 0,192$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na tabela 26.

Tabela 26 – Associações parciais

Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	1	8,634	,003	2
Tarefas_Domésticas*Depressão	1	4,775	,029	2
SeveridadeDor*Depressão	1	16,751	,000	2
Tarefas_Domésticas	1	,534	,465	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Depressão	1	18,093	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 8,634, p=0,003$) e os sintomas depressivos ($\chi^2(1) = 4,775, p=0,029$) estão significativamente associados com a interferência nas tarefas domésticas, sendo que neste caso a severidade da dor parece ter um efeito maior ($\chi^2(1) = 8,634, p=0,003$).

11. Relação entre a interferência na realização de tarefas domésticas, dor severa, e presença de catastrofização

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e três associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas tarefas domésticas, severidade da dor * catastrofização, e interferência nas tarefas domésticas * catastrofização (Tabela 27).

Tabela 27 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas tarefas domésticas, dor severa, e catastrofização

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui-quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Catastrofização	,000	0	.	
Efeito excluído 1	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Catastrofização	1,125	1	,289	4
1 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, Tarefas_Domésticas*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,125	1	,289	
Efeito excluído 1	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	10,983	1	,001	2
2	Tarefas_Domésticas*Catastrofização	9,585	1	,002	2
3	SeveridadeDor*Catastrofização	5,240	1	,022	2
2 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, Tarefas_Domésticas*Catastrofização, SeveridadeDor*Catastrofização	1,125	1	,289	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(1) = 1,125, p = 0,289$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste

deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os râtios de probabilidade parciais estâo apresentados na Tabela 28.

Tabela 28 – Associações parciais

Associações parciais				
Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	1	10,983	,001	2
Tarefas_Domésticas*Catastrofização	1	9,585	,002	2
SeveridadeDor*Catastrofização	1	5,240	,022	2
Tarefas_Domésticas	1	,534	,465	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Catastrofização	1	7,580	,006	2

Com este modelo concluimos que a severidade da dor ($\chi^2(1) = 10,983, p=0,001$) e a catastrofização ($\chi^2(1) = 9,585, p=0,002$) estâo significativamente associadas com a interferência nas tarefas domésticas, sendo que neste caso a severidade da dor parece ter um efeito maior ($\chi^2(1) = 10,983, p=0,001$).

12. Relação entre a interferência na realização de tarefas domésticas, dor severa, e presença de cinesiofobia

A modelação hierárquica log linear produziu um modelo não saturado que incluiu todos os efeitos principais e duas associações bi-direcionais, severidade da dor * interferência nas tarefas domésticas, severidade da dor * cinesiofobia (Tabela 29).

Tabela 29 - Modelo hierárquico da relação entre interferência nas tarefas domésticas, dor severa, e cinesiofobia

Resumo da etapa

Etapa ^a	Efeitos	Qui- quadrado ^c	df	Sig.	Número de iterações
0 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Cinesiofobia	,000	0	.	
Efeito 1 excluído	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor*Cinesiofobia	2,243	1	,134	4
1 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, Tarefas_Domésticas*Cinesiofobia, SeveridadeDor*Cinesiofobia	2,243	1	,134	
Efeito 1 excluído	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	13,164	1	,000	2
2	Tarefas_Domésticas*Cinesiofobia	3,241	1	,072	2
3	SeveridadeDor*Cinesiofobia	6,996	1	,008	2
2 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	5,484	2	,064	
Efeito 1 excluído	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	19,085	1	,000	2
2	SeveridadeDor*Cinesiofobia	12,917	1	,000	2
3 Classe Geradora ^b	Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor, SeveridadeDor*Cinesiofobia	5,484	2	,064	

a. Em cada etapa, o efeito com o maior nível de significância para a Mudança de Razão de Verossimilhança foi excluído, pois o nível de significância é maior que ,050.

b. As estatísticas são exibidas para o melhor modelo em cada etapa após a etapa 0.

c. Para 'Efeito Excluído', essa é a alteração no qui-quadrado após o efeito ser excluído do modelo.

O modelo apresentou um rácio de probabilidade de $\chi^2(2) = 5,484$, $p = 0,064$, sendo que o modelo apresenta um bom ajustamento. As tabelas referentes à análise de ajuste deste modelo e da estimativa dos parâmetros encontram-se no apêndice B. Os rácios de probabilidade parciais estão apresentados na Tabela 30.

Tabela 30 – Associações parciais

Associações parciais

Efeito	df	Qui-quadrado parcial	Sig.	Número de iterações
Tarefas_Domésticas*SeveridadeDor	1	13,164	,000	2
Tarefas_Domésticas*Cinesiofobia	1	3,241	,072	2
SeveridadeDor*Cinesiofobia	1	6,996	,008	2
Tarefas_Domésticas	1	,534	,465	2
SeveridadeDor	1	21,482	,000	2
Cinesiofobia	1	35,970	,000	2

Com este modelo concluímos que a severidade da dor está significativamente associada com a interferência nas tarefas domésticas ($\chi^2(1) = 13,164, p=0,000$), mas que o mesmo não se verifica entre a cinesiofobia e a interferência nas tarefas domésticas ($\chi^2(1) = 3,241, p=0,072$).

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da DLC no estado funcional dos utentes, através do estudo da relação entre a interferência da dor (categorizada em dor mínima a moderada e dor severa) nas atividades do dia-a-dia, atividades em casa, nas tarefas domésticas e na participação social, e adicionalmente explorar qual o peso dos fatores psicossociais (sintomas depressivos, catastrofização e cinesiofobia) nessas relações.

Para responder ao objetivo deste estudo foi constituída uma amostra de 120 participantes com DLC, pertencentes maioritariamente ao género feminino (87,5%), com idade média de 46,44 (\pm 11,17), e que vivem acompanhados (70,8%). A maioria dos participantes apresentou excesso de peso (56,3%). Em termos de habilitações literárias, aproximadamente metade dos participantes apresentava o Ensino Primário ou Básico (47,5%) e Ensino Secundário ou Superior (52,5%). Quanto à situação profissional, a maioria dos participantes encontrava-se a trabalhar (86,6%).

As características sociodemográficas dos participantes no estudo vão de encontro aos descritos na literatura, nomeadamente no estudo realizado na população portuguesa, com 1487 participantes com DLC ativa, em que a maior dos participantes com DLC era do género feminino (14,1%), com uma média de idades de 58,9 (\pm 17,2) anos (Gouveia et al., 2015). Tal como referido por Manchikanti et al. (2009), a população afetada por DLC apresenta-se em idade laboral, o que pode influenciar o desempenho profissional. Verificamos também que grande parte dos utentes apresentava excesso de peso. Na revisão de literatura realizada por Balague et al. (2012), é descrita a associação entre o excesso de peso/obesidade e a cronicidade da DL. Também Manchikanti et al. (2009) referiu a associação entre valores de IMC elevados e a DLC.

Quanto às características clínicas, a maioria dos participantes no estudo referiram ter DLC há mais de 24 meses (65,8%), com irradiação para o(s) membro(s) inferior(es) (70,8%), e que não tomava medicação para a DLC (60,0%). Comparando estes resultados com os resultados de outros estudos realizados na população portuguesa, observamos que são semelhantes. Nos estudos realizados por Costa et al. (2014) e Moniz et al. (2012), os participantes apresentaram DLC há mais de 24 meses (66,4%; n=79 e 75,8%; n=72, respetivamente), com irradiação para o(s) membro(s) inferior(es) (52,9%; n=63 e 58,9%;

n=56, respetivamente) e não tomaram medicação para a DLC (53,8%; n=64 e 73,7%; n=70, respetivamente).

A intensidade média da dor dos participantes neste estudo foi classificada como moderada ($END=5,01\pm 2,34$). Estes valores são inferiores aos encontrados no estudo de Gouveia et al. (2016), também realizado na população portuguesa, em que se obteve uma média de 6 pontos na END. Outros estudos apresentam igualmente valores de intensidade de DLC superiores (7 pontos na END) (Cecchi et al., 2014). Esta discrepância, apesar de pequena, pode dever-se ao facto de, no estudo de Cecchi et al. (2014) a amostra apresentar uma média de idades bastante superior ($70,4\pm 11,9$), sendo que o valor mais elevado de intensidade de dor pode estar associado à percepção da dor por parte de participantes mais idosos, com conseqüente envolvimento das alterações inerentes ao envelhecimento e possivelmente com maior duração da DLC. Além disso, cerca de metade dos participantes do estudo de Cecchi et al. (2014) tomavam medicação para a dor (51%, n=107), podendo sugerir a presença de estratégias de coping passivas, e percepção de maior intensidade de dor.

Em termos funcionais, cerca de metade dos participantes referiu interferência da dor nas atividades do dia-a-dia (40,0%), nas atividades em casa (45,0%) e nas tarefas domésticas (46,7%). Na participação social, o número de participantes que referiu interferência da dor foi menor (29,2%). Na literatura é referido que a maioria dos participantes (82,1%) reduziu as suas atividades de lazer devido à DLC. Quanto às tarefas domésticas, 74,4% dos participantes referiram receber auxílio para a execução destas tarefas (Mattila, Leino, Kemppe, & Tuominen, 2011). Comparando os resultados da participação social com as atividades de lazer apresentadas no estudo de Mattila et al. (2011) verificamos que existe uma diferença importante entre os resultados. Esta discrepância pode dever-se ao conceito de atividade de lazer/participação social, que pode ser bastante diferente dependendo da cultura em que o estudo é realizado. Por exemplo, em algumas culturas/países as atividades de lazer/participação social podem estar mais relacionadas com atividades desportivas enquanto que noutras podem relacionar-se a convívios de natureza mais sedentária. Essa variabilidade cultural pode influenciar a percepção de interferência de dor nas atividades.

Neste estudo, a incapacidade funcional média foi moderada (média da QBPDS-PT de $32,38\pm 17,42$), com a maioria dos participantes a apresentar incapacidade funcional

baixa (49,2%), seguida de incapacidade funcional moderada (34,2%). Tal como na intensidade da dor, também a incapacidade funcional foi mais elevada noutros estudos (55,97±15,3 na QBPDS) (Huijnen et al., 2009). Uma vez que a intensidade da dor está associada com maior incapacidade funcional (Azevedo et al., 2012; Salvetti et al., 2012; McGorry et al., 2000), e como os valores de intensidade de dor na amostra deste estudo foram inferiores aos reportados na literatura, era expectável que a incapacidade funcional também apresentasse valores inferiores.

Relativamente aos sintomas depressivos, neste estudo 23,95% dos participantes apresentou características depressivas (sentimento de depressão – 30,8%, sentimento de inutilidade - 17,5%, sentimento de desamparo - 22,5%, sentiu-se sem esperança - 25,0%). Estes resultados vão de encontro aos reportados por diversos autores. Bener et al. (2015) reportou que 25,4% dos utentes com DLC apresentaram sintomas depressivos, Antunes et al. (2013) referiu a presença destes sintomas em 32,1% e Snekkevik et al. (2014) em 18% dos participantes com DLC. No entanto, no estudo realizado por Thomas et al. (2010), os resultados obtidos na HADS apresentaram uma pontuação média de 20,63 ±6,39. A escala apresenta valores de ansiedade e depressão, sendo, relativamente à depressão, uma pontuação superior a 10 foi encontrado em 55,10% dos utentes (95% IC=40,35–69,07), correspondendo a uma presença moderado a severa destes sintomas (Thomas et al., 2010).

Quanto à presença de catastrofização, cerca de 37,5% dos participantes deste estudo apresentou níveis de catastrofização elevados. Thomas et al. (2010) estudou a catastrofização em participantes com DLC, através da PCS, obtendo uma pontuação média de 29,02±12.47, com a maioria dos participantes (65,31%) a apresentar pontuação superior a 24, ou seja, níveis de catastrofização elevados. Estes dados não coincidem com os deste estudo, em que a maioria dos participantes não apresentou níveis de catastrofização elevados. Estas diferenças podem dever-se ao facto de, neste estudo, ter sido utilizada apenas uma questão para avaliar a presença de catastrofização, mais concretamente relativa à dimensão do desânimo. Noutros estudos que utilizaram um instrumento específico (como a PCS), capaz de avaliar todas as dimensões da catastrofização, isto é, ruminação (pensamentos repetitivos sobre a dor), magnificação (preocupação exagerada sobre as consequências negativas da dor) e desânimo (crença de que nada vai resolver a dor) (Azevedo et al., 2007; Sullivan, Rodgers, & Kirsch, 2001; Sullivan, Bishop, & Pivik,

1995), é possível que a sua capacidade de captar os níveis de catastrofização seja mais rigorosa.

Relativamente às crenças de medo-evitamento do movimento/cinesiofobia, cerca de 1/4 (23,3%) dos utentes apresentou cinesiofobia. Os estudos de Thomas et al. (2010) e de Lundberg et al (2011) utilizaram a TSK-17 e demonstraram que 79,55% e 70% (respetivamente) dos participantes com DLC de origem não específica apresentaram cinesiofobia. Estes dados diferem dos encontrados neste estudo. Uma das razões que pode justificar esta discrepância de valores é a diferença do tamanho amostral que, no estudo de Thomas et al. (2010), foi cerca de metade do tamanho da amostra deste estudo. No estudo de Lundberg et al. (2011) a amostra também foi menor, pois apesar de ter uma amostra constituída por 147 participantes, apenas 74 eram utentes com DLC de origem não específica.

Outro dos factores que se associa com a cinesiofobia é a incapacidade funcional, com diversos estudos a demonstrar associação e relação positiva entre estas variáveis (Altug et al., 2016; Nava-Bringas et al., 2016; Trocoli & Botelho, 2016; Lundberg et al., 2011; Meyer et al., 2009; Preuper et al., 2008; Verkerk et al., 2011; Foster et al., 2010; Koho et al., 2001; Vlaeyen et al., 1995). Neste estudo, a incapacidade funcional da maioria dos participantes foi classificada como baixa, o que poderá também explicar a baixa prevalência de cinesiofobia entre os participantes.

Para além das variáveis sócio-demográficas e clínicas anteriormente descritas para caracterizar a cronicidade da DL, também foi estudada a relação entre a intensidade/severidade da dor e a incapacidade funcional. Concluiu-se que utentes com maior intensidade da dor tendem a reportar maior incapacidade funcional ($r=0,573$, $p<0,01$).

Os dados do estudo vão de encontro aos da literatura, em que é referida a associação entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional. Salvetti et al. (2012) e McGorry et al. (2000) demonstraram que participantes com intensidade da dor mais elevada apresentavam maior incapacidade funcional. Na população portuguesa, Azevedo et al. (2012) demonstraram que a intensidade da dor se encontra associada com a incapacidade funcional relacionada com a dor. No mesmo sentido, Verma & Pal (2015), definiram um valor de correlação de $r=0,55$ para um nível de significância de $p<0,01$ entre a intensidade da dor e incapacidade funcional. Estes autores concluíram assim que, o

aumento da intensidade da dor e da incapacidade funcional estão associados de forma positiva entre si, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo. Também Thomas et al. (2010) concluiu, através da comparação entre grupos com pontuações de RMDQ > 12 e com pontuação de RMDQ < 12, que existe uma diferença significativa ($p=0,037$) entre os grupos, com utentes com maior incapacidade a reportar maior intensidade de dor.

Além da associação da interferência da dor com a intensidade da dor e incapacidade funcional, foram também exploradas as relações entre a interferência da DLC nas diferentes atividades da vida diária, a severidade/intensidade da dor e as variáveis psicossociais.

Para as atividades do dia-a-dia, concluiu-se neste estudo que a depressão se associou com a interferência da DLC nas atividades do dia-a-dia ($\chi^2(1)=4,261, p=0,039$), sendo no entanto a severidade da dor a apresentar maior peso sobre a interferência da DLC nas atividades do dia-a-dia ($\chi^2(1) = 17,745, p=0,000$).

A catastrofização ($\chi^2(1)=10,226, p=0,001$) e a dor severa ($\chi^2(1)=8,943, p=0,003$) também se apresentaram associadas com a interferência da DLC nas atividades do dia-a-dia, sendo a catastrofização a variável com maior influência nesta associação.

A cinesiofobia foi o único fator que não interferiu nas atividades do dia-a-dia ($\chi^2(1)=1,171, p=0,190$).

Quanto às atividades em casa, a presença de sintomas depressivos associou-se de forma significativa com a interferência da dor nas atividades em casa ($\chi^2(1) = 8,110, p=0,004$), mas a severidade da dor apresentou efeito ligeiramente superior sobre o modelo ($\chi^2(1) = 8,471, p=0,004$).

Tanto a catastrofização ($\chi^2(1) = 8,571, p=0,003$) como a severidade da dor ($\chi^2(1) = 12,938, p=0,000$) se associaram à interferência nas atividades em casa, sendo a dor severa o factor com mais peso nesta associação.

Relativamente à cinesiofobia, também este factor se associou com a interferência da DLC nas atividades em casa ($\chi^2(1) = 6,094, p=0,014$), mas tal como no modelo anterior, foi a severidade da dor o fator que mais fortemente se associou à interferência das atividades em casa ($\chi^2(1) = 13,782, p=0,000$).

Quanto à interferência na participação social, verificou-se que a presença de sintomas depressivos se associou com a interferência na participação social ($\chi^2(1) = 8,603$, $p=0,003$), tal como a severidade da dor ($\chi^2(1) = 4,062$, $p=0,044$). Neste modelo, a presença de sintomas depressivos apresentou maior efeito sobre a participação social ($\chi^2(1) = 8,603$, $p=0,003$).

Também a catastrofização ($\chi^2(1) = 9,416$, $p=0,002$) e a severidade da dor ($\chi^2(1) = 7,243$, $p=0,007$) apresentaram associação significativa com a interferência na participação social, sendo que a catastrofização teve um efeito maior.

A cinesiofobia não apresentou efeito sobre a participação social ($\chi^2(1) = 0,000$, $p=0,983$), sendo que neste modelo apenas a severidade da dor se associou com a interferência na participação social ($\chi^2(1) = 12,646$, $p=0,000$).

Na interferência nas tarefas domésticas, verificou-se que a presença de sintomas depressivos se associou com estas tarefas, mas foi a severidade da dor a ter maior efeito ($\chi^2(1) = 8,634$, $p=0,003$).

A catastrofização ($\chi^2(1) = 9,585$, $p=0,002$) e a severidade da dor ($\chi^2(1) = 10,983$, $p=0,001$) também se associaram com a interferência nas tarefas domésticas, com a severidade da dor a apresentar maior efeito ($\chi^2(1) = 10,983$, $p=0,001$).

Quanto à cinesiofobia, esta variável não se associou com a interferência nas tarefas domésticas ($\chi^2(1) = 3,241$, $p=0,072$), sendo apenas a dor severa a apresentar associação com a interferência nas tarefas domésticas ($\chi^2(1) = 13,164$, $p=0,000$).

Exploradas as associações entre as variáveis psicossociais, severidade da dor e interferência da dor, verificámos que a presença de sintomas depressivos, a catastrofização, e a dor severa se associam com todas as dimensões definidas para avaliar a interferência da DLC nas atividades da vida diária. Apenas a cinesiofobia demonstrou ser o factor que menos contribuiu para a interferência da DLC, excepto nas atividades em casa.

Relativamente à presença de sintomas depressivos, esta variável relacionou-se com todas as componentes da interferência da dor nas atividades da vida diária. Diversos estudos verificaram a associação entre a presença de sintomas depressivos e a incapacidade funcional ($r=0,57$, $p<0,05$) (Meyer, Tschopp, Sprott, & Mannion, 2009); ($r=0,46$; $p<0,01$); ($r=0,41$; $p<0,01$) (Hung et al., 2015). Além disso, os sintomas depressivos são superiores

em indivíduos com dependência para a realização das atividades da vida diária (34,3%, n=221), comparativamente aos indivíduos independentes (19,2%, n=150) ($p < 0,001$) (Yong Ha, 2011). No estudo de Huijnen et al. (2010), que teve como objetivo avaliar a associação entre os níveis de depressão, a dor e os níveis de atividade da vida diária, em utentes com DLC, verificou-se que não existem associações entre a depressão e as medidas objetivas do nível de atividade física. No entanto, a depressão associou-se significativamente com a discrepância entre os níveis de atividade da vida diária auto-reportados e avaliados subjetivamente. Estes dados, e os obtidos neste estudo, indicam que a presença de sintomas depressivos aumenta a percepção subjetiva de limitação das atividades da vida diária. Por outro lado, a percepção de limitação na realização das atividades da vida diária pode também influenciar os participantes com DLC a sentirem-se mais depressivos.

Relativamente à catastrofização, os resultados obtidos neste estudo vão de encontro aos da literatura, em que se verificou a existência de associação positiva entre a catastrofização e a interferência da dor (BPI- questões da interferência da dor) ($r=0,622$, $p < 0,01$) (Richardson et al., 2010). Além disso, a catastrofização está também associada com a incapacidade funcional (Verkerk et al., 2011), pelo que seria de esperar que tivesse interferência nas atividades da vida diária. Esse facto pode dever-se às características catastrofizadoras, ou seja, uma vez que estes indivíduos tendem a amplificar as experiências dolorosas, associada a estratégias de coping passivas e desânimo, pode contribuir para a percepção aumentada de interferência da dor nas atividades da vida diária.

Quanto à cinesiofobia, verificámos que apenas existe associação entre esta variável e as atividades em casa. Estes resultados são contraditórios aos encontrados na literatura. Por exemplo, no estudo de Gay et al. (2015), que teve como objetivo explorar quais os fatores que influenciam a relação entre a intensidade da dor e a interferência da DLC, verificou-se associação entre a cinesiofobia (*Fear of Daily Activities Questionnaire*) e a intensidade da dor (*Patient-Centered Outcomes Questionnaire*) e a interferência da dor (ODI modificado) ($r=0,56$, $p < 0,01$ e $r=0,63$; $p < 0,01$, respetivamente). Quando consideraram a intensidade da dor e a cinesiofobia como preditores, estas variáveis explicaram 42% da variação da interferência da dor (R_2 ajustado=0,42; $F_{(2,64)}=27,70$; $p < 0,01$). O efeito direto da intensidade da DLC ($\beta = 0,52$; $p < 0,01$) na interferência da dor foi significativamente reduzido ($\Delta\beta = 0,27$; Sobel's $t = 3,37$, $p < 0,05$), sugerindo que a

cinesiofobia mediava parcialmente o efeito da intensidade da dor na interferência. Esta discrepância de resultados pode dever-se ao facto de, no presente estudo, a presença de elevadas crenças de cinesiofobia ter sido bastante inferior ao referido da literatura, sendo por isso expectável que a sua relação com as restantes variáveis reflita estas diferenças. Outra possível explicação pode ser atribuível a diferenças culturais que se refletem na interpretação do conceito de participação social, isto é, em determinada cultura a participação social pode estar relacionada com atividades que envolvam atividade física, enquanto que para os participantes deste estudo pode relacionar-se com atividades mais sedentárias. Desta forma, pode não existir percepção de que a cinesiofobia afecte este aspecto da vida diária.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente na seleção da amostra, que foi realizada por conveniência. Além disso, e como já referido anteriormente, a utilização de instrumentos de medida de autoadministração pode levar a algum viés de resposta, uma vez que os participantes podem escolher a opção tendo em conta pressupostos culturais e sociais. Apesar de o preenchimento dos questionários ter sido realizado de forma autónoma e em local reservado, não podemos afirmar que a minimização do viés tenha sido satisfatória.

Outro dos factores que pode limitar este estudo é a comparação de instrumentos diferentes para o mesmo outcome. Uma vez que não existem estudos que utilizem as recomendações da *National Institute of Health Task force on Research Standards for Chronic Low Back Pain* para caracterização dos utentes com DLC, a comparação de resultados apresenta-se limitada.

5. CONCLUSÃO

A principal conclusão deste estudo é que a severidade da dor tem grande interferência/ impacto nas atividades do dia-a-dia, em casa, nas tarefas domésticas e na participação social dos indivíduos com DLC, e que essa relação é moderada pela presença de fatores psicossociais, nomeadamente, a presença de sintomas depressivos e a catastrofização. Ao contrário do que era inicialmente antecipado, a cinesiofobia, não parece moderar a relação entre a severidade da dor e as atividades funcionais.

Estes resultados foram obtidos numa amostra com níveis de intensidade de dor e de incapacidade funcional moderados, e com baixa presença de fatores psicossociais relativamente ao reportado na literatura para indivíduos com DLC. Ou seja, contrariamente ao esperado, a maioria dos participantes não apresentou sintomas depressivos, catastrofização ou cinesiofobia.

Assim, os autores do estudo esperam que as questões respondidas possam contribuir para um melhor conhecimento sobre a necessidade de estratificação dos utentes com DLC segundo a severidade da dor.

6. BIBLIOGRAFIA

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., . . . Zanolli, G. (2006). Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, *15*(SUPPL. 2), 192-300. doi:10.1007/s00586-006-1072-1
- Alleva, J., Hudgins, T., Belous, J., & Kristin Origenes, A. (2016). Chronic low back pain. *Disease-a-month : DM*. doi:10.1016/j.disamonth.2016.05.012
- Altug, F., Unal, A., Kilavuz, G., Kavlak, E., Citisli, V., & Cavlak, U. (2016). Investigation of the relationship between kinesiophobia, physical activity level and quality of life in patients with chronic low back pain1. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, *29*(3), 527-531. doi:10.3233/BMR-150653
- Antunes, R. S., de Macedo, B. G., Amaral, T. d. S., Gomes, H. d. A., Pereira, L. S. M., & Rocha, F. L. (2013). Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression. *Acta ortopedica brasileira*, *21*(1), 27-29. doi:10.1590/S1413-78522013000100005
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonca, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, *13*(8), 773-783. doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., . . . Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crônica. *Dor*, *14*(4).
- Balague, F., Mannion, A. F., Pellise, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)*, *379*(9814), 482-491. doi:10.1016/S0140-6736(11)60610-7
- Bener, A., Dafeeah, E. E., & Salem, M. O. (2015). Determinants of depression and somatisation symptoms in low back pain patients and its treatment: global burden of diseases. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, *65*(5), 473-479.
- Boonstra, A. M., Stewart, R. E., Koke, A. J. A., Oosterwijk, R. F. A., Swaan, J. L., Schreurs, K. M. G., & Schiphorst Preuper, H. R. (2016). Cut-Off Points for Mild, Moderate, and Severe Pain on the Numeric Rating Scale for Pain in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: Variability and Influence of Sex and Catastrophizing. *Frontiers in psychology*, *7*, 1466-1466. doi:10.3389/fpsyg.2016.01466
- Cecchi, F., Pasquini, G., Paperini, A., Boni, R., Castagnoli, C., Pistrutto, S., & Macchi, C. (2014). Predictors of response to exercise therapy for chronic low back pain: result of a prospective study with one year follow-up. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, *50*(2), 143-151.
- Chapman, J. R., Norvell, D. C., Hermsmeyer, J. T., Bransford, R. J., DeVine, J., McGirt, M. J., & Lee, M. J. (2011). Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. *Spine*, *36*(21 Suppl), S54-68. doi:10.1097/BRS.0b013e31822ef74d

- Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (1994). The Pain Disability Index: factor structure and normative data. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 75(10), 1082-1086.
- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J. T., Jr., Shekelle, P., & Owens, D. K. (2007). Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of internal medicine*, 147(7), 478-491.
- Combs, M. A., & Thorn, B. E. (2015). Yoga attitudes in chronic low back pain: Roles of catastrophizing and fear of movement. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(3), 160-165. doi:10.1016/j.ctcp.2015.06.006
- Costa, D., Cruz, E., & Caeiro, C. (2014). Factores de Prognóstico para os Resultados de Insucesso da Intervenção Multimodal em Fisioterapia, em Utentes com Dor Lombar Crónica. *Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde*.
- Cruz, E. B., Fernandes, R., Carnide, F., Vieira, A., Moniz, S., & Nunes, F. (2013). Cross-cultural adaptation and validation of the Quebec Back Pain Disability Scale to European Portuguese language. *Spine*, 38(23), E1491-1497. doi:10.1097/BRS.0b013e3182a439cc
- Delitto, A., George, S. Z., Van Dillen, L. R., Whitman, J. M., Sowa, G., Shekelle, P., . . . Godges, J. J. (2012). Low back pain. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 42(4), A1-57. doi:10.2519/jospt.2012.42.4.A1
- Deyo, R. a., Dworkin, S. F., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., . . . Weiner, D. K. (2014). Report of the NIH task force on research standards for chronic low back pain. *Pain Medicine (United States)*, 15(8), 1249-1267. doi:10.1111/pme.12538
- Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399-2404. doi:10.1016/j.pain.2011.07.005
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(3), 398-406. doi:10.1016/j.pain.2009.11.002
- Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusebio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhao, H., & Branco, J. C. (2015). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology international*, 36(2), 183-197. doi:10.1007/s00296-015-3398-7
- Guclu, D. G., Guclu, O., Ozaner, A., Senormanci, O., & Konkan, R. (2012). The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. *Turkish neurosurgery*, 22(6), 724-731. doi:10.5137/1019-5149.JTN.6156-12.1
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis care & research*, 63 Suppl 1, S240-252. doi:10.1002/acr.20543
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., . . . Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and rheumatism*, 64(6), 2028-2037. doi:10.1002/art.34347
- Huijnen, I. P. J., Verbunt, J. A., Peters, M. L., Delespaul, P., Kindermans, H. P. J., Roelofs, J., . . . Seelen, H. A. M. (2010). Do depression and pain intensity interfere with

- physical activity in daily life in patients with Chronic Low Back Pain? *Pain*, 150(1), 161-166. doi:10.1016/j.pain.2010.04.021
- Huijnen, I. P. J., Verbunt, J. A., Roelofs, J., Goossens, M., & Peters, M. (2009). The disabling role of fluctuations in physical activity in patients with chronic low back pain. *European journal of pain (London, England)*, 13(10), 1076-1079. doi:10.1016/j.ejpain.2008.12.008
- Hung, C.-I., Liu, C.-Y., & Fu, T.-S. (2015). Depression: An important factor associated with disability among patients with chronic low back pain. *International journal of psychiatry in medicine*, 49(3), 187-198. doi:10.1177/0091217415573937
- Hung, C.-I., Weng, L.-J., Su, Y.-J., & Liu, C.-Y. (2006). Depression and somatic symptoms scale: a new scale with both depression and somatic symptoms emphasized. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(6), 700-708. doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01585.x
- Hush, J. M., Kamper, S. J., Stanton, T. R., Ostelo, R., & Refshauge, K. M. (2012). Standardized measurement of recovery from nonspecific back pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(5), 849-855. doi:10.1016/j.apmr.2011.11.035
- International Classification of Diseases. (2010).
- Jae Yong Ha, E. S. K., Hyo Jae Kim, Sang Jun Park. (2011). Factors Associated with Depressive Symptoms in Patients with Chronic Low Back Pain in Patients with Chronic Low Back Pain. *Annals of rehabilitation medicine*, 35, 710-718. doi:10.5535/arm.2011.35.5.710
- Jensen, M. P., Smith, D. G., Ehde, D. M., & Robinsin, L. R. (2001). Pain site and the effects of amputation pain: further clarification of the meaning of mild, moderate, and severe pain. *Pain*, 91(3), 317-322.
- Kernan, T., & Rainville, J. (2007). Observed outcomes associated with a quota-based exercise approach on measures of kinesiophobia in patients with chronic low back pain. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 37(11), 679-687. doi:10.2519/jospt.2007.2480
- Koho, P., Aho, S., Watson, P., & Hurri, H. (2001). Assessment of chronic pain behaviour: reliability of the method and its relationship with perceived disability, physical impairment and function. *Journal of rehabilitation medicine*, 33(3), 128-132.
- Kopec, J. A., Esdaile, J. M., Abrahamowicz, M., Abenhaim, L., Wood-Dauphinee, S., Lamping, D. L., & Williams, J. I. (1995). The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine*, 20(3), 341-352.
- Lundberg, M., Frennered, K., Hagg, O., & Styf, J. (2011). The impact of fear-avoidance model variables on disability in patients with specific or nonspecific chronic low back pain. *Spine*, 36(19), 1547-1553. doi:10.1097/BRS.0b013e3181f61660
- Manchikanti, L., Singh, V., Datta, S., Cohen, S. P., & Hirsch, J. A. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain physician*, 12(4), E35-70.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª Edição ed.).
- McGorry, R. W., Webster, B. S., Snook, S. H., & Hsiang, S. M. (2000). The relation between pain intensity, disability, and the episodic nature of chronic and recurrent low back pain. *Spine*, 25(7), 834-841.
- Meyer, K., Tschopp, A., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2009). Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back

- pain. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(8), 620-625. doi:10.2340/16501977-0395
- Moniz, S., Cruz, E., & Fernandes, R. (2012). Caracterização da intervenção da Fisioterapia em indivíduos com dor crónica lombar , e seus resultados a nível da dor e capacidade funcional. *Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde*.
- Nava-Bringas, T. I., Macias-Hernandez, S. I., Vasquez-Rios, J. R., Coronado-Zarco, R., Miranda-Duarte, A., Cruz-Medina, E., & Arellano-Hernandez, A. (2016). Fear-avoidance beliefs increase perception of pain and disability in mexicans with chronic low back pain. *Revista brasileira de reumatologia*. doi:10.1016/j.rbr.2016.09.004
- Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J., & Sacker, A. (2013). The Hospital Anxiety and Depression Scale: a meta confirmatory factor analysis. *Journal of psychosomatic research*, 74(1), 74-81. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.10.010
- Pereira, A. (2008). *SPSS Guia Prático de Utilização*.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados Para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (3ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pool, J. J. M., Ostelo, R. W. J. G., Hoving, J. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Minimal clinically important change of the Neck Disability Index and the Numerical Rating Scale for patients with neck pain. *Spine*, 32(26), 3047-3051. doi:10.1097/BRS.0b013e31815cf75b
- Reneman, M. F., Jorritsma, W., Schellekens, J. M. H., & Goeken, L. N. H. (2002). Concurrent validity of questionnaire and performance-based disability measurements in patients with chronic nonspecific low back pain. *Journal of occupational rehabilitation*, 12(3), 119-129.
- Richardson, E. J., Ness, T. J., Doleys, D. M., Banos, J. H., Cianfrini, L., & Richards, J. S. (2010). Catastrophizing, acceptance, and interference: laboratory findings, subjective report, and pain willingness as a moderator. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 29(3), 299-306. doi:10.1037/a0018834
- Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25. doi:10.1097/00007632-200012150-00006
- Sagheer, M. A., Khan, M. F., & Sharif, S. (2013). Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(6), 688-690.
- Salaffi, F., Stancati, A., Silvestri, C. A., Ciapetti, A., & Grassi, W. (2004). Minimal clinically important changes in chronic musculoskeletal pain intensity measured on a numerical rating scale. *European journal of pain (London, England)*, 8(4), 283-291. doi:10.1016/j.ejpain.2003.09.004
- Salvetti, M. d. G., Pimenta, C. A. d. M., Braga, P. E., & Correa, C. F. (2012). [Disability related to chronic low back pain: prevalence and associated factors]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 46 Spec No, 16-23.
- Schaafsma, F. G., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2015). Back pain: Prevention and management in the workplace. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 29(3), 483-494. doi:10.1016/j.berh.2015.04.028
- Schiphorst Preuper, H. R., Reneman, M. F., Boonstra, A. M., Dijkstra, P. U., Versteegen, G. J., Geertzen, J. H. B., & Brouwer, S. (2008). Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic

low back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 17(11), 1448-1456. doi:10.1007/s00586-008-0772-0

- Serlin, R. C., Mendoza, T. R., Nakamura, Y., Edwards, K. R., & Cleeland, C. S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61(2), 277-284.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*, 63 Suppl 11, S454-466. doi:10.1002/acr.20556
- Smeets, R. J. E. M., Vlaeyen, J. W. S., Hidding, A., Kester, A. D. M., van der Heijden, G. J. M. G., van Geel, A. C. M., & Knottnerus, J. A. (2006). Active rehabilitation for chronic low back pain: cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial [ISRCTN22714229]. *BMC musculoskeletal disorders*, 7, 5-5. doi:10.1186/1471-2474-7-5
- Snekkevik, H., Eriksen, H. R., Tangen, T., Chalder, T., & Reme, S. E. (2014). Fatigue and depression in sick-listed chronic low back pain patients. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 15(7), 1163-1170. doi:10.1111/pme.12435
- Staerkele, R., Mannion, A. F., Elfering, A., Junge, A., Semmer, N. K., Jacobshagen, N., . . . Boos, N. (2004). Longitudinal validation of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low back pain patients. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 13(4), 332-340. doi:10.1007/s00586-003-0663-3
- Sullivan, M. J., Rodgers, W. M., & Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91(1-2), 147-154.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532.
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Shanti, B. F. (2004). Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 5(2), 133-137. doi:10.1016/j.jpain.2003.12.005
- Thomas, E. N., Pers, Y. M., Mercier, G., Cambiere, J. P., Frasson, N., Ster, F., . . . Blotman, F. (2010). The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 53(1), 3-14. doi:10.1016/j.rehab.2009.11.002
- Trocoli, T. O., & Botelho, R. V. (2016). Prevalence of anxiety, depression and kinesiophobia in patients with low back pain and their association with the symptoms of low back spinal pain. *Revista brasileira de reumatologia*. doi:10.1016/j.rbr.2015.09.009
- Tsuji, T., Matsudaira, K., Sato, H., & Vietri, J. (2016). The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 447-447. doi:10.1186/s12891-016-1304-4
- Verkerk, K., Luijsterburg, P. A. J., Ronchetti, I., Miedema, H. S., Pool-Goudzwaard, A., van Wingerden, J.-P., & Koes, B. W. (2011). Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a

- prospective cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*, 12, 252-252. doi:10.1186/1471-2474-12-252
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Rotteveel, A. M., Ruesink, R., & Heuts, P. H. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 5(4), 235-252. doi:10.1007/BF02109988
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62. doi:10.1016/0304-3959(94)00279-N
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 14(11), 2658-2678. doi:10.1016/j.spinee.2014.02.033
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M., & Watson, P. J. (2007). The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *European journal of pain (London, England)*, 11(8), 869-877. doi:10.1016/j.ejpain.2007.01.005
- [World Health Organization]).

7. APÊNDICES

Apêndice A – Manual de Seleção da Amostra e Caderno de Instrumentos

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Estudo da relação multidimensional entre severidade da dor, impacto nas
atividades da vida diária e presença de fatores psicossociais desajustados, em
indivíduos com dor lombar crónica.**

Joana Lourenço; Eduardo Cruz; (2016)

MANUAL RECRUTAMENTO

1

Seleção e Recrutamento dos Participantes com Dor Lombar Crónica - 3 Passos

1º Passo – Identificar potenciais participantes

Verificar o processo clínico dos utentes enviados para a Fisioterapia e sinalizar os potenciais participantes através do diagnóstico médico de Dor Lombar ou outras classificações alternativas, por exemplo, Dor Lombar, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International Classification of Diseases, 2010).

2º Passo – Verificar critérios de inclusão/exclusão

Nos critérios de exclusão, assume-se que a indicação para Fisioterapia inclui a verificação de situações de contra-indicação ou situações com diagnóstico específico. Assim, assume-se que todos os participantes enviados para intervenção em Fisioterapia não possuem sintomas de compressão radicular¹³, cauda equina, doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa, dor de origem visceral/ maligna ou fractura/risco de fractura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006). Assume-se igualmente que condições de dor lombar associadas a patologia específica, tais como, infecção, tumor, osteoporose, fractura, deformidade estrutural, doença inflamatória (ex. espondilite anquilosante), estão devidamente indicadas no registo ou processo clínico, permitindo dessa forma a exclusão destes participantes.

¹³ Note-se que existe uma diferenciação importante entre dor de origem específica (ex. síndrome de compressão radicular) e dor de origem não específica. Em ambos os casos pode existir dor referida para o membro inferior mas na dor lombar de origem não específica não existe deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011a). É considerada a presença de sintomas de compressão radicular (origem específica) quando se verifica a presença de pelo menos dois testes neurológicos positivos: reflexos, dermatomas (sensibilidade) ou miotomas (força) (Pinto et al., 2011b).

Assim, apenas terá que verificar se o **potencial participante apresenta os seguintes critérios de inclusão:**

(coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério):

Critérios de Inclusão	Sim
Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica ou presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, ou presença de dor.	<input type="checkbox"/>
Tem idade compreendida entre 18 e 65 anos	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
Não realizou cirurgia lombar nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
Não realizou Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com excepção da medicação para a dor ²	<input type="checkbox"/>
Não está grávida (Mulheres)	<input type="checkbox"/>

3º PASSO – Convidar o utente a participar no estudo

Concluído o processo de verificação dos critérios de inclusão e exclusão será necessário obter autorização por parte dos participantes que será feita mediante solicitação de assinatura do formulário de consentimento informado. Previamente à sua assinatura deve ser explicado a cada participante, **o objectivo do estudo, os riscos e potenciais vantagens, os procedimentos para garantir a confidencialidade e o anonimato, os procedimentos de recolha de dados**, tal como referido na declaração de consentimento informado na página seguinte.

CARTA EXPLICATIVA AOS UTENTES

O meu nome é Joana Sofia Sousa Lourenço, sou Fisioterapeuta e estou a trabalhar num estudo que pretende investigar caracterizar o impacto funcional e psicossocial da DLC, e explorar a relação destes domínios entre si, em utentes com DLC de origem não específica, bem como investigar se quem reporta dor severa tem maior impacto nas atividades da vida diária e se isso se relaciona com fatores psicossociais. A informação recolhida neste estudo poderá, no futuro, contribuir para um melhor conhecimento sobre a necessidade de estratificar os utentes segundo o impacto/interferência da DLC.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam, e não irá interferir no plano de tratamento. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação.

Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade da Fisioterapeuta Joana Lourenço e do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Esta recolha de dados será realizada em apenas 1 momento de avaliação, em que serão aplicados questionários de auto-preenchimento que pretendem conhecer algumas das suas características pessoais, da sua dor lombar, das dificuldades que tem em realizar tarefas ou atividades por causa da sua dor. O tempo necessário para participar neste estudo não deverá ultrapassar os 10 minutos.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte **Joana Lourenço** através do número **936 080 266** ou do email **jsslourenco@gmail.com**

Certos que o seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

(Joana Sofia Sousa Lourenço)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos do estudo me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória.

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu tratamento. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento deste estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

O Participante

_____, ____ de _____ de 20____

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

(Joana Sofia Sousa Lourenço)

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Estudo da relação multidimensional entre severidade da dor, impacto nas
atividades da vida diária e presença de fatores psicossociais desajustados, em
indivíduos com dor lombar crónica.**

Joana Lourenço; Eduardo Cruz; (2016)

CADERNO DE INSTRUMENTOS

RECOLHA DE DADOS – MOMENTO ÚNICO

PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

Este protocolo destina-se **apenas** aos participantes no estudo que:

- **cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de consentimento.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

CÓDIGO DO UTENTE: _____

DATA: _____

Momento de Avaliação

(Após verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura de consentimento informado- Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento)

Tempo de Preenchimento previsto apenas num momento: **10 minutos.**

Seguir a ordem indicada

1. Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica (inclui escala numérica da dor).
2. Quebec Back Pain Disability Questionnaire - versão portuguesa.

Nome da Instituição: _____

Nº de Processo/Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo responsável do estudo): _____

Data do preenchimento do questionário: ____/____/____

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Idade _____ 2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso _____ 4. Altura (cm): _____
(kg):

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro(a) Casado(a) União de Viúvo(a) Divorciado(a)
Facto

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário ou inferior Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional?

A trabalhar Incapaz de trabalhar devido ao seu problema Desempregada(o) Reformada(o) Doméstica(o)

8. É Fumador? (escolha uma das seguintes opções)

Sim Ex-fumador Não

DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

3-6 meses 6-12 meses 12-24 meses Mais de 24 meses

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim Não

11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?

Sim Não

12. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?

Sim Não

12.1. Se sim, quantas vezes?

1 vez 2 vezes 3 vezes Mais de 3 vezes

12.2. Durante quanto tempo (total de dias ou semanas que faltou no último ano)?

1 dia 2 dias 3 dias 1 semana Mais de 1 semana

13. No último ano esteve de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc)?

Sim Não

14. Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Dores de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Na última semana sentiu-se (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Inútil	<input type="checkbox"/>				
Desamparado	<input type="checkbox"/>				
Depressivo	<input type="checkbox"/>				
Sem esperança	<input type="checkbox"/>				

16. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>				
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>				
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>				

17. Nos últimos 7 dias....

	Nada	Um pouco	Um tanto	Muito	Bastante
Quanto é que o seu problema afectou as actividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>				
Quanto é que o seu problema afectou as suas actividades em casa?	<input type="checkbox"/>				
Quanto é que o seu problema afectou a sua participação em actividades sociais?	<input type="checkbox"/>				
Quanto é que o seu problema afectou as suas tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>				

QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (**preencha todas as atividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

Hoje, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias (<i>collants</i>)						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: _____

**APÊNDICE B – Tabelas de Ajuste de Modelo e Estimativa de Parâmetro
Referentes à Análise Log-Linear**

Modelo 1 – Atividades do dia-a-dia, Severidade da Dor e Catastrofização

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,963	1	,161
Qui-quadrado de Pearson	1,994	1	,158

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Catastrofização + AVD * SeveridadeDor + AVD * Catastrofização + SeveridadeDor * Catastrofização

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	1,869	,356	5,249	,000	1,171	2,566
[AVD = 1]	,006	,445	,015	,988	-,865	,878
[AVD = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	,659	,413	1,595	,111	-,151	1,468
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	,995	,399	2,490	,013	,212	1,778
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] *	1,368	,464	2,950	,003	,459	2,276
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] *	-1,370	,432	-3,170	,002	-2,218	-,523
[Catastrofização = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	-1,082	,461	-2,348	,019	-1,985	-,179
[Catastrofização = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Catastrofização + AVD * SeveridadeDor + AVD * Catastrofização + SeveridadeDor * Catastrofização

Modelo 2- Atividades do dia-a-dia, Severidade da Dor e Cinesiofobia

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,740	2	,419
Qui-quadrado de Pearson	1,809	2	,405

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Cinesiofobia + AVD * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,395	,275	8,712	,000	1,856	2,934
[AVD = 1]	-,780	,364	-2,143	,032	-1,494	-,067
[AVD = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	-1,175	,435	-2,704	,007	-2,027	-,323
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	,172	,339	,506	,613	-,493	,837
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] * [SeveridadeDor = 1]	1,713	,437	3,923	,000	,857	2,569
[AVD = 1] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] * [SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] * [Cinesiofobia = 1]	1,634	,461	3,547	,000	,731	2,536
[SeveridadeDor = 1] * [Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Cinesiofobia + AVD * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Modelo 3- Atividades do dia-a-dia, Severidade da Dor e Depressão

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	,218	1	,641
Qui-quadrado de Pearson	,219	1	,640

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Depressão + AVD

* SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + AVD * Depressão

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,861	,232	12,346	,000	2,407	3,315
[AVD = 1]	-1,153	,422	-2,736	,006	-1,980	-,327
[AVD = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	-,987	,404	-2,442	,015	-1,779	-,195
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	-,987	,404	-2,442	,015	-1,779	-,195
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] *	1,292	,480	2,688	,007	,350	2,233
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	1,974	,482	4,098	,000	1,030	2,917
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 1] * [Depressão = 1]	,981	,472	2,079	,038	,056	1,905
[AVD = 1] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] * [Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AVD = 2] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AVD + SeveridadeDor + Depressão + AVD * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + AVD * Depressão

Modelo 4- Atividades em casa, Severidade da dor e Catastrofização

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	,022	1	,882
Qui-quadrado de Pearson	,022	1	,882

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Catastrofização + AtivCasa * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + AtivCasa * Catastrofização

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,098	,327	6,413	,000	1,457	2,739
[AtivCasa = 1]	-,520	,465	-1,117	,264	-1,431	,392
[AtivCasa = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	,600	,391	1,536	,125	-,166	1,365
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	,838	,379	2,212	,027	,095	1,581
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	1,675	,486	3,445	,001	,722	2,628
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	-1,039	,464	-2,238	,025	-1,948	-,129
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	-1,269	,437	-2,903	,004	-2,126	-,412
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Catastrofização + AtivCasa * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + AtivCasa * Catastrofização

Modelo 5- Atividades em casa, Severidade da dor e Cinesiofobia

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,066	1	,302
Qui-quadrado de Pearson	,987	1	,320

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Cinesiofobia +
AtivCasa * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia +
AtivCasa * Cinesiofobia

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,647	,259	10,238	,000	2,140	3,154
[AtivCasa = 1]	-2,011	,559	-3,599	,000	-3,107	-,916
[AtivCasa = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	-,717	,423	-1,696	,090	-1,546	,111
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	-,091	,362	-,251	,802	-,800	,618
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	1,713	,483	3,548	,000	,767	2,659
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	1,162	,499	2,328	,020	,184	2,140
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	1,265	,525	2,411	,016	,237	2,294
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Cinesiofobia + AtivCasa * SeveridadeDor +
SeveridadeDor * Cinesiofobia + AtivCasa * Cinesiofobia

Modelo 6- Atividades em casa, Severidade da dor e Depressão

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	3,288	1	,070
Qui-quadrado de Pearson	3,306	1	,069

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Depressão +
AtivCasa * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão +
AtivCasa * Depressão

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,983	,220	13,583	,000	2,553	3,414
[AtivCasa = 1]	-1,806	,489	-3,694	,000	-2,764	-,848
[AtivCasa = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	-,874	,380	-2,299	,022	-1,618	-,129
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	-1,003	,394	-2,543	,011	-1,776	-,230
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	1,446	,506	2,858	,004	,454	2,438
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	1,825	,490	3,721	,000	,863	2,786
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	1,384	,492	2,815	,005	,421	2,348
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[AtivCasa = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + AtivCasa + SeveridadeDor + Depressão + AtivCasa * SeveridadeDor +
SeveridadeDor * Depressão + AtivCasa * Depressão

Modelo 7- Participação Social, Severidade da dor e Catastrofização

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,610	1	,204
Qui-quadrado de Pearson	1,561	1	,212

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Catastrofização + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + ParticipSocial * Catastrofização

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	1,465	,413	3,542	,000	,654	2,275
[SeveridadeDor = 1]	,573	,463	1,238	,216	-,334	1,481
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1]	,696	,460	1,514	,130	-,205	1,597
[ParticipSocial = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	1,221	,445	2,742	,006	,348	2,095
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	1,261	,468	2,695	,007	,344	2,179
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	-1,140	,458	-2,491	,013	-2,037	-,243
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	-1,390	,457	-3,041	,002	-2,287	-,494
[ParticipSocial = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Catastrofização + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + ParticipSocial * Catastrofização

Modelo 8- Participação Social, Severidade da dor e Cinesiofobia

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,989	2	,370
Qui-quadrado de Pearson	1,808	2	,405

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Cinesiofobia + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,162	,294	7,347	,000	1,585	2,738
[SeveridadeDor = 1]	-1,347	,470	-2,867	,004	-2,267	-,426
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1]	-,172	,339	-,506	,613	-,837	,493
[ParticipSocial = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	,172	,339	,506	,613	-,493	,837
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	1,633	,438	3,727	,000	,774	2,492
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	1,634	,461	3,547	,000	,731	2,536
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Cinesiofobia + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Modelo 9- Participação Social, Severidade da dor e Depressão

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,397	1	,237
Qui-quadrado de Pearson	1,429	1	,232

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Depressão + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + ParticipSocial * Depressão

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,721	,248	10,983	,000	2,236	3,207
[SeveridadeDor = 1]	-,964	,425	-2,267	,023	-1,797	-,131
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1]	-,668	,395	-1,691	,091	-1,442	,106
[ParticipSocial = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	-1,387	,468	-2,961	,003	-2,305	-,469
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	1,015	,497	2,042	,041	,041	1,989
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	1,952	,486	4,021	,000	1,001	2,904
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	1,438	,490	2,937	,003	,478	2,397
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[ParticipSocial = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + ParticipSocial + Depressão + ParticipSocial * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + ParticipSocial * Depressão

Modelo 10- Tarefas Domésticas, Severidade da dor e Catastrofização

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,125	1	,289
Qui-quadrado de Pearson	1,086	1	,297

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + Catastrofização + Tarefas_Domésticas + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + Tarefas_Domésticas * Catastrofização

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,087	,329	6,345	,000	1,442	2,731
[SeveridadeDor = 1]	,682	,388	1,757	,079	-,079	1,443
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	,855	,380	2,248	,025	,109	1,600
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1]	-,489	,465	-1,052	,293	-1,401	,422
[Tarefas_Domésticas = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] *	1,550	,486	3,188	,001	,597	2,503
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	-1,054	,461	-2,284	,022	-1,958	-,150
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] *	-1,334	,437	-3,053	,002	-2,190	-,478
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] *	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Catastrofização = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + Catastrofização + Tarefas_Domésticas + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Catastrofização + Tarefas_Domésticas * Catastrofização

Modelo 11- Tarefas Domésticas, Severidade da dor e Cinesiofobia

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	5,484	2	,064
Qui-quadrado de Pearson	4,964	2	,084

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + Tarefas_Domésticas + Cinesiofobia + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,513	,266	9,434	,000	1,991	3,035
[SeveridadeDor = 1]	-1,104	,421	-2,623	,009	-1,928	-,279
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1]	-1,216	,403	-3,022	,003	-2,005	-,427
[Tarefas_Domésticas = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Cinesiofobia = 1]	,172	,339	,506	,613	-,493	,837
[Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] * [SeveridadeDor = 1]	1,874	,463	4,049	,000	,967	2,782
[Tarefas_Domésticas = 1] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] * [Cinesiofobia = 1]	1,634	,461	3,547	,000	,731	2,536
[SeveridadeDor = 1] * [Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Cinesiofobia = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Cinesiofobia = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + Tarefas_Domésticas + Cinesiofobia + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Cinesiofobia

Modelo 12- Tarefas Domésticas, Severidade da dor e Depressão

Testes de adequação do ajuste^{a,b}

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	1,706	1	,192
Qui-quadrado de Pearson	1,702	1	,192

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + SeveridadeDor + Tarefas_Domésticas + Depressão + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + Tarefas_Domésticas * Depressão

Estimativas do parâmetro^{b,c}

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	2,959	,222	13,330	,000	2,524	3,394
[SeveridadeDor = 1]	-,915	,387	-2,365	,018	-1,674	-,157
[SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1]	-1,645	,471	-3,494	,000	-2,568	-,722
[Tarefas_Domésticas = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Depressão = 1]	-,915	,387	-2,365	,018	-1,674	-,157
[Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] * [SeveridadeDor = 1]	1,439	,502	2,865	,004	,454	2,423
[Tarefas_Domésticas = 1] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [SeveridadeDor = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [SeveridadeDor = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 1] * [Depressão = 1]	1,929	,484	3,982	,000	,980	2,879
[SeveridadeDor = 1] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[SeveridadeDor = 2] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 1] * [Depressão = 1]	1,055	,484	2,181	,029	,107	2,003
[Tarefas_Domésticas = 1] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [Depressão = 1]	0 ^a	.	.	.	.	.
[Tarefas_Domésticas = 2] * [Depressão = 2]	0 ^a	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + SeveridadeDor + Tarefas_Domésticas + Depressão + Tarefas_Domésticas * SeveridadeDor + SeveridadeDor * Depressão + Tarefas_Domésticas * Depressão